



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Uskonnoton potilas julkisen terveydenhuollon asiakkaana

Martelin, Victoria

2016 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Yhdessä enemmän

Uskonnoton potilas julkisen terveydenhuollon asiakkaana

Victoria Martelin
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2016

Victoria Martelin

Uskonnoton potilas julkisen terveydenhuollon asiakkaana

Vuosi	2016	Sivumäärä	48
-------	------	-----------	----

Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoa uskonottomiksi itsensä identifioivien henkilöiden käsityksistä Suomen julkisen terveydenhuollon toiminnan katsomusneutraaliudesta. Taavoitteena oli kartoittaa uskonottomiksi itsensä identifioivien mielipiteitä hoitotyön tilanteista, joissa katsomusneutraaliudella on merkitystä ja siitä, miten he toivoisivat kriisi- ja akuuttitilanteiden henkisen tuen järjestävän katsomusneutraalilla tavalla.

Opinnäytetyössä uskonottomilla tarkoitetaan henkilöitä, jotka eivät harjoita mitään uskontoa ja/tai jotka ovat ateisteja, agnostikkoja tai jotka eivät halua olla uskonnon kanssa tekemisissä. Suomen lait ja asetukset turvaavat maassamme uskonnonvapauden, jonka perusteella kenenkään ei tarvitse vastoin tahtoaan osallistua uskonnon harjoittamiseen.

Suomen lait ja asetukset turvaavat potilaalle yhtäläiset oikeudet niin terveydenhuollon piirissä kuin sen ulkopuolisessakin elämässä. Lait ja sairaanhoitajan eettiset ohjeet ohjaavat potilaskeskeisen hoitotyön mallin käyttämiseen. Siinä potilas on oman elämänsä paras asiantuntija, ja hänen annetaan ja toivotaan osallistuvan aktiivisesti omaan hoitoonsa ja siitä päättämiseen. Potilaan oikeus mielipiteisiinsä ja arvoihinsa tunnustetaan ja hänen integriteettiään kunnioitetaan. Potilaan hoito pyritään toteuttamaan kunnioittaen hänen yksilöllisiä kulttuurisia ja kielellisiä oikeuksiaan.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena induktiivista aineistoanalyysia käyttäen. Opinnäytetyön aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella internetin kautta. Kyselyssä kerättiin joitakin taustatietoja vastaajista, pyydettiin heitä määrittelemään omin sanoin elämänskatsomuksensa ja vastaamaan omin sanoin katsomusneutraaliutta koskeviin kysymyksiin. Kyselyyn vastasi yhteensä 48 henkilöä koko maan alueelta Pohjois-Suomea lukuunottamatta.

Aineiston perusteella voidaan todeta, että julkisen terveydenhuollon palvelut koetaan pääosin melko tai täysin katsomusneutraaleiksi. Tietyillä hoitotyön osa-alueilla on kuitenkin vastaajien mukaan epäkohtia ja heitä huolettivat mm. saattohoidon ja vanhustyön katsomusneutraalius. Kriisi- ja akuuttitilanteiden psykososiaalisen tuen vastaajat toivoivat toteutuvan koulutettujen, ei-uskonollisten ammattihenkilöiden toimesta.

Opinnäytetyön tulokset antavat hyvän kuvan vastaajien käsityksistä julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta. Aineistosta nousevat myös esille ne hoitotyön alueet, joilla katsomusneutraaliusongelmia koetaan olevan. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää sairaanhoidajien monikulttuurisuusopetuksen suunnittelussa ja kehittämisessä sekä eettisten ongelmatilanteiden tunnistamisessa ja eettisen osaamisen kehittämisessä.

Asiasanat: uskonnoton potilas, julkinen terveydenhuolto, katsomusneutraali, potilaskeskeinen

Victoria Martelin

Non-religious patients as clients in Finnish public healthcare

Year	2016	Pages	48
------	------	-------	----

The purpose of this Bachelor's thesis is to increase knowledge of public health care customers who identify themselves as non-religious and how religiously neutral they experience the public health care system to be. Another objective was to find out if the non-religious patients recognize certain areas of health care services as problematic regarding religion-related equality and to find out how and from whom the non-religious patients would like to receive crisis intervention.

The term non-religious person means a person who does not practice religion nor believe in (a) god. They may identify themselves as atheists, agnostics or they do not wish to have anything to do with anything religious. The freedom of religion granted by the Finnish constitution and laws means that no-one has to participate in religious practices against his or her will.

A patient's right to equal health care services is granted by Finnish law. Finnish laws and the ethics of nursing guide health care practitioners towards a patient-centered care model in which the patient is the expert of his own life and is allowed and actively encouraged to participate in his own care and the decisions which affect it. A patient's right to his own opinions and values is recognized and his integrity is respected. The goal is to carry out a patient's care in a way that respects his individual cultural and linguistic rights.

This Bachelor's thesis employs an inductive content analysis of data. The material was collected with an online survey questionnaire. The survey included background questions about the respondents, as well as open questions about how they would describe their view of life and how religiously neutral they find the Finnish public health care system. 48 respondents answered the survey.

Based on the survey it is clear that the Finnish public health care system is seen as religiously neutral towards its customers. However, the respondents felt that there were religion-related equality problems in certain areas of health care. They also expressed their concern for the availability of non-religious elderly care and palliative care. They wished to receive crisis intervention exclusively from non-religious, trained medical professionals.

The results of this Bachelor's thesis give a good view of the non-religious patients' opinions on the religious neutrality of Finnish public health care. The areas of health care in which there are equality problems are also clearly present in the material. The results could be used in the planning and developing of the studies of multiculturalism and ethical studies of nurses as well as to recognize ethically problematic, religion-related situations in health care in everyday health care situations.

Keywords: non-religious patient, public health care, religiously neutral, patient-centered

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	7
3	Uskonottomuus ja ateismi Suomessa	8
3.1	Keskeiset käsitteet	8
3.2	Uskonottomuuden historiaa ja asema lainsäädännössä ennen ja nyt	10
4	Tasa-arvoinen ja tasapuolinen hoitotyö	13
4.1	Marginaaliryhmien tunnistaminen hoitotyössä	14
4.2	Potilaskeskeisen hoitotyön malli	14
4.3	Hoitotyön eettiset ongelmakohdat	16
4.4	Hoitokäytännöt katsomusneutraaliuden näkökulmasta	17
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	18
5.1	Opinnäytetyön kohderyhmä ja sen tavoittaminen	18
5.2	Opinnäytetyön tutkimusongelma ja tutkimusmenetelmä	19
5.3	Tutkimusaineiston analysointi	20
6	Opinnäytetyön tulokset	22
6.1	Perustietoja vastaajajoukosta	22
6.2	Kokemukset julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta	25
6.3	Katsomusneutraaliuden kannalta merkitykselliset hoitotilanteet	29
6.4	Uskonottomien näkemykset mieluisesta henkisen tuen muodosta	32
6.5	Vastaajien kokemia vakaumusristiriititilanteita	34
7	Pohdinta	36
7.1	Tulosten tarkastelua	36
7.2	Tutkimusetiikka, tulosten luotettavuus ja yleistettävyys	39
7.3	Jatkotutkimuskysymyksiä	40
	Lähteet	42
	Kuviot	45
	Liitteet	46

1 Johdanto

Suomessa julkisen terveydenhuollon tulisi olla lakisääteisesti kaikille yhdenvertaisesti saatavilla ja laadultaan ja potilasturvallisuudeltaan tasalaatuisia (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 §). Laki velvoittaa myös pyrkimään potilaskeskeiseen toimintamalliin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 3 §). Sairaanhoidajan eettiset ohjeet, joissa todetaan, että ”Sairaanhoidaja kohtaa potilaan arvokkaana ihmisenä ja luo hoitokulttuurin, jossa otetaan huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat... Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoitotarpeen mukaan, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta.” (Sairaanhoidajaliitto 2014) vahvistavat lakien ja asetusten määräyksiä potilaiden tasavertaisesta ja kunnioittavasta kohtelusta.

Suomea on perinteisesti pidetty hyvin monokulttuurisena maana (Mäkinen 2011, 1. Heino 1995, 24) ja monikulttuurisuus terminä on tullut käyttöön vasta 1990-luvulla (ETENE 2004). Tällöinkin monikulttuurisuus käsitetään pääasiassa maahanmuuttajien mukanaan tuomien uskontojen ja kulttuurisidonnaisten tapojen kirjon lisääntymisenä (ETENE 2004). Enemmistö suomalaisista kuuluu kuitenkin edelleen evankelis-luterilaiseen kirkkoon (Suomen virallinen tilasto 2013). Avoin uskonottomuus on kuitenkin kasvussa, vuoden 2013 lopussa uskontokuntiin kuulumattomia oli 22,1 % suomalaisista - eli joka viides (Suomen virallinen tilasto 2013). Kyseessä ei siis ole aivan pieni vähemmistö, vaikka kaikki uskontokuntiin kuulumattomat eivät olekaan uskonottomia (Silveri 2014).

Hoitotyössä nousee ajoittain eteen eettisiä ongelmatilanteita (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 76), joiden ratkaisemiseen vaikuttavat aina yksittäisen hoitotyöntekijän persoona, arvot, vakaumus, koulutus ja elämäkokemus (Voutilainen & Laaksonen 1994, 25). Koska potilastiedoista ei yleensä käy mitenkään ilmi potilaan uskonnollista suuntausta ellei sillä ole erityistä vaikutusta hoitotoimenpiteisiin (esim. hoitajan/lääkärin sukupuolella merkitystä uskonnollisista syistä, kieltäytyminen verensiirroista uskonnollisiin syihin vedoten), hoitohenkilökunta saattaa loukata potilaan ja/tai tämän läheisten tunteita ja/tai elämäkatsomusta tahattomasti, koska tietoa potilaan vakaumuksesta tai sen puutteesta ei yleensä ole. Hoitotyöntekijä saattaa myös sortua tietoisesti tai tahattomasti paternalistiseen ajattelutapaan ja tehdä päätöksiä hoidosta omien mielipiteidensä ja toiveidensa pohjalta (Surakka et al. 2015, 11-12). Eettisesti ongelmallisia ovat myös tilanteet, joissa hoitotyöntekijä asettaa omat arvoalintansa potilaan lakisääteisten oikeuksien yläpuolelle niin, että se vaikuttaa yhdenvertaiseen terveydenhuollon palveluiden tarjoamiseen ja saatavuuteen.

Terveysthuollon historia on ollut voimakkaasti sidoksissa uskontoihin koko tunnetun historian ajan (Heino 1995, 41). Etenkin Euroopassa viimeisen kahden vuosituhannen ajan sairaanhoito on ollut tiiviisti sidoksissa uskonnollisiin järjestöihin, esim. luostareihin ja seurakuntiin (Forsius 1999, Heino 1995, 41). Jumalan sanan julistaminen ja sielunhoito katsottiin saumattomaksi osaksi terveydenhuoltoa ja uskonnonharjoitus oli tärkeä osa sairaaloiden toimintaa (Forsius 1999). Uskonnollisten yhteisöjen toiminta on edelleen vilkasta tämän päivän sairaaloissa, mikä näkyy mm. hartaushetkien, toimintaryhmien ja luonnollisesti sairaalasielunhoidon toimintana (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2011).

Uskonnonvapaus Suomessa on kuitenkin myös negatiivista: kenenkään ei tarvitse osallistua tai altistua uskonnon harjoitukselle mikäli ei itse halua osallistua (Perustuslaki 731/1999, 11§). On kuntouttavaa hoitotyötä nostaa pitkälle dementoituneet potilaat vuoteesta ja viedä heidät päiväsalin yhteisiin toimintatuokioihin, mutta mikäli tuokion sisältö on uskonnollinen eikä potilaan vakaumuksesta tai sen puutteesta ole tietoa, tehdään eettinen virhe. Emme voi lähteä oletuksesta, että uskonnollisuus on ihmisen perustila.

Tämän opinnäytetyön kautta on tarkoitus nostaa esiin kasvavan vähemmistöryhmän ääni ja selvittää heidän käsityksiään ja toiveitaan julkisen terveydenhuollon katsomusneutraalin toiminnan suhteen.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on lisätä tietoa uskonnottomiksi itsensä identifioivista henkilöistä, jotka käyttävät julkisen terveydenhuollon palveluita ja heidän käsityksistään Suomen julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta puolistrukturoidun teemahaastattelun avulla. Tutkimusongelma on toteutuuko lakisääteinen yhdenvertainen ja laadukas terveydenhuolto uskonnottoman potilaan näkökulmasta.

Koska tätä aihealuetta ei ole aiemmin Suomessa tutkittu, on tavoitteenani saada muodostettua jonkinlainen peruskäsitys julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta uskonnottomiksi itsensä identifioivan vähemmistön keskuudessa. Tavoitteena on myös selvittää, miten vakaumuksettomuus tulisi ottaa huomioon tilanteessa, jossa he potilaana tai potilaan läheisenä tarvitsisivat ulkopuolista psykososiaalista tukea. Tämän opinnäytetyön tuloksia voitaisiin näin käyttää hyödyksi esim. terveydenhuollon henkilökunnan koulutuksessa sekä sairaanhoitajien monikulttuurisuuteen ja/tai kriisityöhön liittyvissä ammattiopinnoissa. Toivon, että opinnäytetyöstäni olisi apua myös julkisen terveydenhuollon ulkopuolisille toimijoille, esim. henkilöille, jotka vapaaehtoisesti hakeutuvat tukihenkilöiksi erilaisten järjestöjen kautta. Haluaisin myös herätellä hoitohenkilökuntaa miettimään sairaanhoitajan työn eettistä puolta tältäkin

kannalta. Sairaanhoidajat ovat nykyään tietoisia monikulttuurisuuden kieli- ja kulttuurita-pahaasteista (Mulder 2013) samoin kuin uskontojen kirjon kasvamisesta, mutta vakaumukset-tomuus koetaan ehkä edelleen jotenkin kovin marginaalisena - ehkä koska sitä ei osata tuoda luonnollisessa yhteydessä esiin.

Opinnäytetyön tavoitteisiin on pyritty seuraavien kysymysten kautta:

- 1) Miten katsomusneutraaliksi uskonnottomat kokevat julkisen terveydenhuoltojärjestelmän?
- 2) Millaisia kokemuksia heillä on vakaumussidonnaisista hoitotyön ristiriitatileteista julkisessa terveydenhuollossa?
- 3) Millaisissa tilanteissa uskonnottomat kokevat vakaumuksen (puutteen) nousvan merkitykselliseksi julkisessa terveydenhuollossa?
- 4) Miten uskonnottomat haluaisivat katsomusneutraalin henkisen tuen järjestettävän esim. akuuteissa henkilökohtaisissa kriisitilanteissa julkisen terveydenhuollon piirissä?

Toivon haastatteluvastausten tuovan esille ”kipukohtia”, eli tilanteita, joissa uskonnottomat kokevat terveydenhuollon asiakkaina joutuvansa kiusalliseen tai epätasa-arvoiseen asemaan verrattuna ns. tyyppisuomalaiseen, joka siis kuuluu johonkin uskonnolliseen yhteisöön ja jolle uskonnollisväritteinen toimintamalli tilanteessa on selkiö ja hyväksyttävä. Näiden ristiriitatileteiden tunnistaminen olisi potilaslähtöisen hoitotyön kehittämisen kannalta erittäin tärkeää, sillä etenkin kriisitilanteissa koetut palveluun/hoitoon liittyvät pettymykset pysyvät potilaiden/läheisten mielissä pitkään ja tuottavat, jos ei muuta, niin selkeitä imago tappiota yksittäisille terveydenhuollon toimipisteille ja joskus jopa suuremmille yksiköille, mikäli ongelman koetaan olevan jollakin maantieteellisellä alueella tyypillinen.

3 Uskonnottomuus ja ateismi Suomessa

Tässä opinnäytetyössä käytetään useiden tieteenalojen käytössä olevia elämäntarksumukseen liittyviä käsitteitä, joita on vaikeaa tai mahdotonta määritellä yksiselitteisen kattavasti (Sillfors 2014). Nämä käsitteet ovat monesti kontekstisidonnaisia ja siksi niiden avaaminen ja erittely on tärkeää aihealueen ymmärtämisen helpottamiseksi.

3.1 Keskeiset käsitteet

Ateisti

Ateisti on löyhä kattotermi henkilölle, jolta puuttuu jumalusko (Vainio & Visala 2013). Ateistit voidaan jaotella alakategorioihin mm. sen mukaan, kuinka tiukasti he vaativat tieteellistä todistus-pohjaa henkiseksi tai yliluonnolliseksi katsotuille ilmiöille. Olli-Pekka Vainion ja Aku Visalan (2013) mukaan filosofiset ateistit myöntävät, että meillä voi olla luotettavia, ei-luonnontieteellisiä tietolähteitä metafyyysisistä ilmiöistä. Tieteisuskoiset ateistit taas katsovat luonnontieteiden ratkaisevan kaikki uskonnolliset ja metafyyysiset kysymykset, ja he myös usein pyrkivät avoimesti vaatimaan uskontojen vaikutuksen aktiivista vähentämistä yhteiskunnassa (Vainio & Visala 2013). Traagiset ateistit menevät askeleen pitemmälle ja kritisoivat tieteisuskovaista ja filosofista ateismia ”kristinuskon jäänteeksi”, joka ei näe omaa takertumistaan absurdiin ajatukseen lopullisesta totuudesta humanismin muodossa (Vainio & Visala 2013 sit. Gray 2002). Humanistinen ateisti näkee liian ehdottoman tieteisuskon epähumanina toimintana ja katsoo että ”yliluonnollinen” on moraalis-esteettinen kokemus, joka herättää yksilössä halun toimia oikein (Vainio & Visala 2013 sit. Murdoch 2003).

Toinen näkökulma on luokitella ateistit positiivisiin ja negatiivisiin. Positiivinen ateisti kokee suoraa epäuskoa jumaluksien olomassaoloo kohtaan, negatiiviselta ateistilta taas puuttuu jumalusko (Sillfors 2014). Lisäksi osa ateisteista voidaan katsoa naturalisteiksi, jotka katsovat universumin olevan ei-luotu kokonaisuus, jossa ei ole nk. yliluonnollisia tekijöitä (Sillfors 2014). Monet filosofiset ateistit (Vainio & Visala 2013) edustavat tätä katsantokantaa. Osa ateisteiksi itsensä identifioivista on myös vain täysin välinpitämättömiä koko jumaluuden ja uskonnon konseptia kohtaan (Sillfors 2014).

Uskonnoton

Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä uskonnoton sisällyttäen sen alle ateistit, agnostikot ja henkilöt, jotka eivät syystä tai toisesta halua olla tekemisissä järjestäytyneen uskonnon-harjoituksen kanssa. Koska termi ateisti koetaan osan ihmisistä taholta värittyneenä ja jyrkkänä, käytetään kyselylomakkeessa neutraalia ilmaisu tahattomien konnotaatioiden välttämiseksi.

Mikko Sillfors (2014) ja Pirjo Silveri (2014) huomauttavat, että vain osa uskonottomista on tiukan määritelmän mukaisia ateisteja. Ateismi ei sulje pois henkisyttä, ja ateistiksi itsensä identifioiva henkilö voi silti uskoa metafyyssisten ilmiöiden, esim. sielun olemassaoloon tai jälleensyntymään (Sillfors 2014). Sillforsin mainitsemat yliluonnollisen olemassaololle välinpitämättömät ateistit voitaisiin ehkä myös paremmin määritellä termillä uskonnoton.

Uskonnottomiin voidaan lukea osa agnostikoista. Agnostikko on henkilö, joka katsoo, ettei voi ottaa kantaa jumaluuden olemassaoloon tai olemassaolottomuuteen, koska tietoa ei ole mahdollista saada riittävästi varman käsityksen muodostamiseen (Nurmi 1994, 209. Kielitoimiston

sanakirja 2016). Agnostikko voi toki myös kuulua uskontokuntaan. Hän voi suhtautua uskontoon ilmiönä kielteisesti, neutraalisti tai positiivisesti.

Uskontokuntiin kuulumaton

Uskontokuntiin kuulumaton on henkilö, joka ei kuulu kansankirkkoihin tai mihinkään maassamme rekisteröityyn uskonnolliseen yhdyskuntaan (Silveri 2014). Hän voi olla ateisti tai syvästi uskonnollinen tai siltä väliltä, tämän termin alle luettavat ihmiset ovat kirjaviaa joukkoa (Silveri 2014). Onkin virhe olettaa, että koska henkilö ei kuulu viralliseen uskontokuntaan, hän ei siis usko jumaluuteen ja/tai ole uskonnollinen.

Katsomusneutraali

Katsomusneutraali tarkoittaa tilannetta tai toimintatapaa, jossa ei oletusarvoisesti toimita jonkin tietyn uskonnon tai ideologian arvojen ja rituaalien mukaan. Hoitotyön piirissä tämä tarkoittaa ammatillista, oikeudenmukaista, empaattista ja hyvien tapojen mukaista potilaan/asiakkaan kohtaamista, hänen tarpeidensa kartoittamista ja niihin vastaamista kunnioittaen ja tasapuolisesti, yksilöllisyys huomioon ottaen (Sairaanhoitajaliitto 2014).

3.2 Uskonottomuuden historiaa ja asema lainsäädännössä ennen ja nyt

Historiallisesti avoin, laillinen uskonottomuus on hyvin nuori ilmiö. Mainintoja avoimesti uskonottomista yhteisöistä tai ihmisjoukoista ennen keskiaikaa ei ole kovinkaan paljon, tunnetut tapaukset ovat lähinnä yksittäisiä ihmisiä tai pieniä ryhmiä, kuten esim. antiikin Kreikan jotkut filosofit seuraajineen (Sillfors 2013. Sihvola 2011, 70-71). Voitaneen kuitenkin turvallisesti todeta, että yksittäisiä uskonottomia henkilöitä on ollut yhtä kauan kuin uskonnollisiakin (Sillfors 2013 ja 2014). Huomattava on, että aiempina vuosisatoina uskonottomista kirjoittaneilla on usein mennyt käsitteistö sekaisin, eli uskonottomat on rinnastettu pakanoihin, millä termillä taas on tarkoitettu kaikkien muiden uskontojen paitsi kirjoittajan oman uskonnon harjoittajia (Pakanaverkko.fi 2016).

Suomalaisesta uskonelämästä on äärimmäisen vähän kirjallista tietoa ennen keskiaikaa ja ristiretkiä, jolloin katolista kristinuskoa tuotiin Suomeen Ruotsin vallan vahvistamisen kylkiäisenä (Uskonnonvapaus.fi 2014). Tyypillistä ajalle oli, että kansan tuli kuulua samaan uskontokuntaan kuin hallitsijankin ja vallattujen alueiden asukkaiden piti yleensä kääntyä valloittajan uskoon (Uskonnonvapaus.fi 2014). Suomen alueella uskonnon pakolliseksi tekevä laki astui voimaan 1634 (Uskonnonvapaus.fi 2014) ja pyrkimys hengellisen elämän monokulttuuriin oli hyvin vahvaa 1800-luvun puoleenväliin asti (Uskonnonvapaus.fi 2014).

Euroopassa uskonnonvapauden toteutuminen käytännössä vauhdittui Ranskan vallankumouksen myötä (Sillfors 2013), mutta kesti pitkään ennen kuin asia nousi suuremman

keskustelun kohteeksi Suomessa. Ulkomaalaisille myönnettiin uskonnonvapaus 1781 (Uskonnonvapaus.fi 2014), suomalaiset saivat luvan erota kirkosta vasta 1869, mikä kuitenkin oli erittäin hankalaa, sillä eroaminen vaikeutti huomattavasti normaalia sosiaalista elämää yhteiskunnassa (Uskonnonvapaus.fi 2014). 1900-luvun taitteessa yleinen yhteiskunnallinen ja aatteellinen kuohunta Euroopassa siivitti uskonnonvapausvaatimuksia myös Suomessa. Suomen Sosiaalidemokraattinen Puolue vaati 1903 nk. Forssan ohjelmassa kirkon ja valtion eroa sekä uskonnon siirtämistä ihmisten yksityisasiaksi (Uskonnonvapaus.fi 2014. SDP.fi 2016). Vasta 1923 Uskonnonvapauslaki mahdollisti jättäytymisen täysin uskontokuntien ulkopuolelle ilman että siitä koitui kohtuutonta haittaa arkipäivän elämässä (Uskonnonvapaus.fi 2014).

Käytännössä vuoden 1923 laki ei kuitenkaan taannut uskonnottomille rauhaa ja tasavertaista kohtelua yhteiskunnassa. Uskonnottomia, ts. kirkkoon kuulumattomia, pidettiin epäilyttävinä ja monesti myös kommunisteina (Uskonnonvapaus.fi 2014). Ilmiö on varsin yleinen maailmalla, uskonnottomia pidetään epäluotettavina ja moraaliltaan puutteellisina (Gervais, Norenzayan & Shariff 2011. Sihvola 2011, 71). Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan työhönottotilanteessa avoimesti uskonnottomien (em. tutkimuksessa määritelty termillä ”atheist”) ei juurikaan katsottu soveltuvan korkeaa vastuullisuutta edellyttävään työhön (”high trust job”), kun kysymyksenasettelussa ehdokkaita erottavana tekijänä oli nimenomaan vakaumus. Uskonnottomien katsottiin myös olevan verrokkivaihtoehtoista (uskonnollisia) taipuvaisimpia rikolliseen toimintaan tilaisuuden tullen (Gervais, Norenzayan & Shariff 2011). Suomessa vastaavia tutkimuksia ei ole tehty. Sosiaalisen median epätieteellisissä keskusteluissa uskonnottomat ajoittain koetaan tunnekylmiksi, tiedeuskoisiksi, empatiakyvyttömiksi ja ennen kaikkea toisten (eli uskovien) uskonnonvapautta rajoittamaan pyrkiviksi. Vaatimukset katsomusneutraaliuden kunnioittamisesta saatetaan internetin keskustelupalstoilla kuitata rettelöimiseksi. Etenkin uskonnottomien vaatimus mm. varhaiskasvatuksen vakaumuksettomuudesta, kouluaikana järjestettävien uskonnollisten tilaisuuksien lopettamisesta ja yritysten kirkollisverovelvoitteen poistosta herättävät jyrkkiä kannanottoja sosiaalisessa mediassa.

Uskonnonvapaudesta säädetään ensisijaisesti Suomen perustuslaissa 11 §:ssä (Perustuslaki 731/1999). Sen mukaan kaikilla Suomen kansalaisilla ja Suomessa oleskelevilla on uskonnon ja omantunnon vapaus. Tämä tarkoittaa, että henkilö saa vapaasti tunnustaa ja harjoittaa haluaansa uskontoa ja julkisesti ilmaista vakaumuksensa. Henkilö saa kuulua yhteen tai useampaan uskonnolliseen yhdyskuntaan, tai olla kuulumatta mihinkään uskonnolliseen yhteisöön. Ketään ei myöskään voida velvoittaa osallistumaan uskonnon harjoittamiseen mikäli ei sitä halua.

Kansalaisten tasapuolisesta kohtelusta määrääviä lakeja on Yhdenvertaisuuslaki (Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014), joka edistää yhdenvertaista kohtelua ja kieltää syrjinnän julkisen ja yksityisen toiminnan piirissä. Tämä laki kulkee tiiviisti käsi kädessä uskonnonvapauden käsitteen kanssa. Yhdenvertaisuuslain 3. luvun 8 §:n mukaan ihmisiä ei saa asettaa eriarvoiseen asemaan tai kohdella eriarvoisesti esim. iän, alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, poliittisen aktiivisuuden, seksuaalisen suuntautuneisuuden, terveydentilan tai muun henkilöön kohdistuvan syyn perusteella. Kyseinen lakipykälä myös määrää syrjinnän kielletyksi jonkin tosiseikan tai oletuksen perusteella, joka kohdistuu henkilöön tai johonkuhun toiseen.

Yhdenvertaisuuslain 3. luvun 11 § määrittelee välittömän syrjinnän käsitteen. Syrjintä on välitöntä, mikäli jotakuta kohdellaan vertailukelpoisessa tilanteessa lähtökohtaisesti huonommin tai puutteellisemmin kuin toisia johtuen henkilöön liittyvästä syystä. Syrjintä voi myös olla epäsuoraa, jolloin on olemassa sääntöjä, perusteita tai käytäntöjä, jotka ovat näennäisesti yhdenvertaisia, mutta tosiasias- sa ne asettavat ihmiset eriarvoiseen asemaan henkilöön liittyvien syiden perusteella. Tällainen tilanne on lain mukaan hyväksyttävää vain, jos toiminnan tavoite on hyväksyttävä ja keinot todetaan asianmukaisiksi ja tarpeellisiksi.

Myös Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa 1326/2010 säädetään terveydenhuollon palveluiden yhdenvertaisuudesta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksien lain 1. luvun 2 §:ssä todetaan mm. että tarjottujen terveydenhuollon palveluiden tulee olla väestön yhdenvertaisesti saatavilla ja laadultaan ja potilasturvallisuudeltaan yhteneväisiä. Asiakaskeskeisyyden vahvistamisesta säädetään samassa pykälässä.

Suomen laki siis velvoittaa terveydenhuollon toimijoita ottamaan yhdenvertaisesti huomioon potilaiden/asiakkaiden palvelutarpeet yksilöllisesti mutta tasapuolisesti. Hoidon toteuttamisessa potilaan yksilölliset erityisvaatimukset huomioiden noudatetaan kuitenkin kohtuullisuusperiaatetta resurssien puitteissa, mikä on kirjattuna Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2. luvun 1 §:ään. Sen mukaan maassamme pysyvästi asuvilla henkilöillä on oikeus yhdenvertaisesti saada oman terveydentilansa edellyttämää terveyden- ja sairaanhoitoa terveydenhuollon käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Potilaan ihmisarvoa kunnioitetaan huomioimalla hänen yksityisyytensä ja vakaumuksensa. Hoidon laadun tulee olla hyvä. Mahdollisuuksien mukaan potilaalle voidaan tarjota äidinkielistä palvelua ja yksilölliset erityistarpeet ja kulttuuri otetaan huomioon hoitotyössä ja kohtelussa. Kohtuullisuudella ja voimavarojen rajallisuudella tarkoitetaan käytännössä esim. sitä, että potilas, jonka äidinkieli on harvinainen tai sen puhujia on Suomessa vähän, ei kohtuudella voi vaatia esim. saavansa omankielistään palvelua ympäri vuorokauden suomalaisen maalaiskunnan terveyskeskuksella. Tiukkaa uskontulkintaa noudattava potilas ei voi vaatia hoitohenkilökuntaa pukeutumaan tai käyttäytymään hänen uskontonsa tapavaatimusten mukaisesti (esim. nainen ei voi

puhua suoraan perhepiiriin kuulumattomalle miehelle). Potilas voi toivoa saavansa hoitoa vain jompaakumpaa sukupuolta olevalta hoitohenkilökunnan jäseneltä, mutta jos kyseistä sukupuolta ei toimipisteessä työskentele (tai ole edes väliaikaisesti saatavilla), kyseessä ei ole eriarvoinen kohtelu tai syrjintä jos toive jää toteutumatta.

4 Tasa-arvoinen ja tasapuolinen hoitotyö

Hoitotyö on vahvasti ihmiskeskeinen palveluammatti (Sairaanhoitajaliitto 2014). Lähtökohtainen oletamus siis on, että hoitohenkilökunta on aidosti kiinnostunut potilaista ja heidän terveydestään ja tarpeistaan, jotta terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja kärsimyksen lievittäminen toteutuu hoitotyössä (Sairaanhoitajaliitto 2014). Potilaan ammatillisesti korkeatasoinen, kunnioittava, tasavertainen, inhimillinen ja empaattinen kohtaaminen vaatii hoitohenkilökunnalta eettistä sensitiivisyyttä ja oikeudenmukaisuutta - sekä jonkin verran itsekriittisyyttä. Käsitys oman vakaumuksen absoluuttisesta oikeellisuudesta tulisi kyetä tunnistamaan ja tarpeen mukaan joustamaan siitä. Mikäli hoitohenkilökuntaan kuuluva ei kykene potilaiden tasapuoliseen kohteluun oman vakaumuksensa takia, tulisi henkilön harkita työtehtävän vaihtoa (Hokkila 2014).

Hoitotyön keskiössä voidaan siis todeta olevan potilaan ja hänen auttamisensa. Jos hoitotilanteessa hoitajan pääasiallisena motiivina on omien ennakkokäsitysten noudattaminen ja/tai vahvistaminen, omien potilaaseen liittymättömien päämäärien saavuttaminen tai vain kiinnostuksen puute, ollaan tilanteessa, jossa todellista toimivaa hoitosuhdetta ja tasa-arvoista vuorovaikutusta ei pääse syntymään (Sironen 2008. Mäkinen 2011, 3). Etenkin vakaumukseen liittyvissä ristiriitatilanteissa potilaskontaktin vuorovaikutuksen estäjiksi nousevat ennakoasenteet, puolueellisuus ja yleistäminen (Sironen 2008), koska tyyppillisesti itselle tuntematon tai vieras koetaan pelottavana tai uhkaavana, vääränä (Mäkinen 2011, 4).

Terveydenhuollon katsomusneutraalius on ollut puheenaiheena vuonna 2015 liittyen kansalaisaloitteeseen hoitohenkilökunnan oikeudesta kieltäytyä omaa vakaumustaan vastaan sotivista hoitotoimenpiteistä, joilla ensisijaisesti tarkoitettiin aborttia (Sosiaali- ja terveysvaliokunta 2015). Sosiaali- ja terveysvaliokunta hylkäsi aloitteen marraskuussa 2015 todeten, että hoitohenkilökunnan oman vakaumuksen noudattaminen ei saa vaarantaa asiakkaiden tai potilaiden oikeuksien toteutumista. Valiokunta totesi myös että terveydenhuollon alalla on usein tilanteita, joissa hoitohenkilökunnan eettinen vakaumus voi vaikuttaa hänen toimintaansa potilaan lakisääteisten oikeuksien toteuttamiseksi. Esimerkiksi nostettiin kuolevan potilaan hoito ja hedelmöityshoitoa koskeva keskustelu. Hoitohenkilökuntaa henkisesti kuoromittavat vakaumusristiriitatilanteet eivät toki ole uusi asia, ja niitä on pyritty ratkomaan työjärjestelyin (Sosiaali- ja terveysvaliokunta 2015) jo pitkään. Suomen laissa säädetään kattavasti potilaan asemasta ja oikeuksista yksilönä, ja valiokunta totesikin mietinnössään ettei uskonnon ja

omantunnon vapaus ole ehdoton oikeus, eikä siihen voida vedota kun toimitaan tavalla, joka loukkaa muiden perusoikeuksia. Tilanteessa, jossa hoitohenkilökunnan katsomusneutraalius ei toteudu, voi potilaalle aiheutua, paitsi huomattavaa lisävaivaa toisen hoitopaikan löytämisessä ja saavuttamisessa, myös selkeää fyysinen tai psyykkinen vaaratilanne hoidon viivästyessä (Sosiaali- ja terveysvaliokunta 2015).

4.1 Marginaaliryhmien tunnistaminen hoitotyössä

Vaikka uskonnottomat ovat kasvava vähemmistö (Suomen virallinen tilasto 2013), voidaan heidän silti katsoa olevan marginaaliryhmä. Yksiselitteisen ateistisiksi itsensä identifioivien ihmisten lukumäärä vaihtelee 10-15 % välillä (ISSP 2008, 26). Näin ollen heidän määränsä on sen verran pieni, että etenkin akuuttihoitoon ja palliatiivisen hoitotyön ulkopuolella vakaumuksettomuuden huomioon ottava yksilöllinen lähestymistapa tuskin nousee ns. ”korkean profiilin” kehityskohteeksi. Uskonnottomat kuitenkin täyttävät useammankin nk. marginaaliryhmän tunnuspiirteen (Mason-Whitehead 2011, 114). Jo sana ”uskonnoton” on sinällään leimaava (Mason-Whitehead 2011, 114): näiltä ihmisiltä puuttuu jotakin, minkä katsotaan olevan ”normaalialia”. Vertailukohtana voisi käyttää vaikkapa termejä ”lapseton” ja ”asunnoton”, kumpikin ilmaisee jonkin tavanomaiseksi katsotun puutetta. Uskonnottomiin liitetään myös negatiivisia ennako-oletuksia (Gervais, Norenzayan & Shariff 2011. Sihvola 2011, 71) ja etenkin uskovaiset saattavat suhtautua heihin vähempiarvoisina ja jopa pyrkiä aktiivisesti välttämään sosiaalista kanssakäyntiä uskonnottoman kanssa (Heino 1995, 20). Sairaanhoitajien olisikin hyvä ymmärtää millaisista tekijöistä muodostuu marginaaliryhmille tyypillinen ulkopuolisuuden tunne (Mason-Whitehead 2011, 113-114). Hoitajan ymmärtäessä potilaan kuuluvan marginaaliryhmään, hänen on mahdollista paremmin hahmottaa potilaan yksilöllisyys ja kuunnella tämän toiveita potilaslähtöisesti (Mason-Whitehead 2011, 114-115.)

4.2 Potilaskeskeisen hoitotyön malli

Potilaskeskeisyyden ideologia on noussut yhä tärkeämmäksi osaksi hoitotyön kehitystä 1990-luvulta lähtien (Voutilainen & Laaksonen 1994, 17), vaikka sinällään se ei ideana ole uusi (Voutilainen & Laaksonen 1994, 15). Potilaskeskeisen hoitotyön ytimessä on ajatus, että ihminen potilaaksi tullessaan nauttii edelleen samoista laillisista ja yleisinhimillisistä oikeuksista kuin arkielämässä terveydenhuollon palveluiden ulkopuolella (Voutilainen & Laaksonen, 17). Potilaan persoona kuuluu itsemääräämisoikeuden piiriin (Voutilainen & Laaksonen, 19) ja hoitotyön tekijän velvollisuus on kunnioittaa potilasta itsellisenä hoitotyön päämääränä (Voutilainen & Laaksonen 1994, 19), jonka ihmisarvo ja ihmisoikeudet otetaan huomioon läpi koko hoitoprosessin. Puhutaan potilaan integriteetistä, jolla tarkoitetaan tietoisuutta, inhimillisiä ko-

kemuksia, vakaumusta ja arvoja, jotka käsitetään kokonaisuudeksi, jota ei tule loukata (Voutilainen & Laaksonen 1994 sit. Lindqvist 1989 ja Suomen Akatemia 1988, 20). Potilas, jonka integriteettiä kunnioitetaan hoitotyössä, määrittelee itse oman parhaansa (Voutilainen & Laaksonen 1994, 20) ja näin osallistuu aktiivisesti hoitotyön prosessiin.

Sairaanhoitaja on hoitotyön ammattilainen ja asiantuntija. Ammattitaito ja asiantuntijuus eivät kuitenkaan ole synnynnäisiä ominaisuuksia, vaan ne kehittyvät läpi ihmisen elämän ja vaativat jatkuvaa tiedon päivittämistä ja elinikäisen oppimisen hyväksymistä (Surakka et al. 2015, 10). Ammattitaitoisen sairaanhoitajan tulisi tuhansia ja tuhansia potilaita hoidettuaankin nähdä potilaansa yksilöinä hoitotilanteiden samankaltaisuudesta huolimatta (Surakka et al. 2015, 10). Kokenut hoitotyön tekijä saattaa myös helposti huomaamattaankin alkaa ajatella, että hän tietää potilasta ja muita paremmin, mikä olisi tilanteessa paras toimintatapa tai mitä potilas ”todella” tarvitsee (Surakka et al. 2015, 11-12). Tällaista suhtautumista kutsutaan paternalistiseksi (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 103-105. Voutilainen & Laaksonen 1994, 20-21). Tällöin hoitajan ajattelun pohjalla, ehkä tiedostamattakin, voi olla toive siitä mil-laista hoitoa itse haluaisi saada samassa tilanteessa (Surakka et al. 2015, 12). Ammatillisen hoitotyön haasteena onkin näissä tilanteissa ymmärtää mikä oman hoitotyön suunnittelussa ja toteuttamisessa on potilaan tarpeista lähtevää, mikä taas omien toiveiden ja näkemysten heijastusta (Surakka et al. 2015, 12. Voutilainen & Laaksonen 1994, 20-21).

Potilaskeskeistä ja potilaan integriteettiä kunnioittavaa hoitotyötä toteutettaessa on oltava tietoinen seikoista, jotka saattavat vaikuttaa jommankumman osapuolen ottamaan rooliin. Potilaan persoonallisuus ja henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat suuresti hänen halukkuuteensa ja kykyynsä ilmaista toiveensa ja vaatia oikeuksiaan hoitotilanteessa (Voutilainen & Laaksonen 1994, 24-25). Taipumus kyseenalaistaa auktoriteetteja, korkeampi koulutustaso ja miessukupuoli näyttävät olevan yhteisiä määritteleviä tekijöitä aktiivisesti hoitoonsa osallistuville ja integriteettiään vaaliville potilaille (Voutilainen & Laaksonen 1994, 24-25). Tällaiset potilaat saatetaan valitettavasti kokea työläiksi ja hankaliksi, jolloin heidän toiveisiinsa ja oikeuksiinsa ei kiinnitetä asianmukaista huomiota.

Sairaanhoitajilla on varsin suuri mahdollisuus vallankäyttöön hoitotyössä (Voutilainen & Laaksonen 1994, 25). Yksittäisen sairaanhoitajan koulutus, persoona, asenteet ja arvot sekä myös sen organisaation tapakulttuuri, jossa henkilö työskentelee, vaikuttavat vahvasti siihen, miten paljon potilaan oikeuksien ja osallistumismahdollisuuksien sallitaan toteutua (Voutilainen & Laaksonen 1994, 25). Omien, mahdollisesti paternalististen toimintamallien tunnistaminen olisi sakin sairaanhoitajille tärkeää. Tavoiteltava olisi sellainen vuorovaikutuksen malli, jossa tavoitteet asetetaan yhdessä, sairaanhoitaja toimii hoitotyön asiantuntijana ja potilaan asemaa oman elämänsä asiantuntijana kunnioitetaan. Tällöin saavutetaan tasa-arvoinen, keskinäisen

osallistumisen malli, jossa molemmat osapuolet ovat itsenäisiä toimijoita tavoittelemassa yhteistä päämäärää (Voutilainen & Laaksonen 1994 sit. Bandman & Bandman 1985, 26).

Potilaskeskeisen hoitotyön voidaan katsoa onnistuneen, kun potilaalle jää hoidostaan myönteinen kuva (Voutilainen & Laaksonen 1994, 35). Tutkimukset osoittavat, että potilaat kokevat hoidon hyväksi, kun he katsovat hoitohenkilökunnan osoittavan aitoutta ja läsnäoloa hoitotilanteessa (Voutilainen & Laaksonen 1994 sit. Turunen 1992, 35). Etenkin läsnäolo, kuunteleminen ja tukeminen koettiin potilaiden osalta merkinä, että hoitotyöntekijä arvostaa potilasta ihmisenä (Voutilainen & Laaksonen 1994, 35). Samoin keskusteleva hoitotyön päätöksenteko, jossa potilaan näkemyksiä kuunnellaan, koettiin merkiksi siitä, että hoitohenkilökunta suhtautuu potilaaseen kunnioittavasti (Voutilainen & Laaksonen 1994, 36). Uskonottoman potilaan hoitotyössä, etenkin palliatiivisessa ja akuuttihoitotyössä, joissa molemmissa kuolema on läsnä ja potilas läheisineen kokee tunteita pelosta ahdistukseen, vihaan ja tuskaan, on tärkeää että hoitaja kohtaa potilaan ennen kaikkea herkkyydellä ja kunnioituksella (Surakka et al. 2015, 88-89). Hoitajan ja potilaan vakaumukset (tai niiden puute) voivat olla hyvinkin erilaiset, jolloin uskonnollisten selitysten tai toimintatapojen käyttäminen hoitotilanteessa saattaa aiheuttaa potilaalle ärtymystä (Kataja 2015) tai pelkoa, yksinäisyyttä ja epätoivoa potilaan tuntiessa että hänet sivuutetaan yksilönä (Surakka et al. 2015, 89).

4.3 Hoitotyön eettiset ongelmakohdat

Potilaan ja hoitohenkilökunnan vakaumusnäkökulmaeroista johtuvat ongelmakohdat keskittyvät tiettyihin ihmisen elämänkaaren vaiheisiin (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 76). Näitä ovat tyypillisesti elämän alkamis- ja päättymishetket sekä niihin liittyvät määritelmäongelmat, eli milloin ja miten elämä alkaa ja milloin ja miten se päättyy. Kumpaakin mutkistavat eettisesti haastavat käsitykset siitä, minkä verran elämän alkamista ja loppumista on sallittua estää tai edistää (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 76). Potilaskeskeisen hoitotyön mallin kannalta eettisesti haastavaa on myös se, miten määritellään se tilanne, jolloin ihminen on tai ei ole kypsä ja/tai kykenevä autonomisesti päättämään omista asioistaan (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 76-77).

Ihmisarvon käsite liittyy tiiviisti hoitotyön eettisiin ongelmakohtiin. Lähtökohtaisesti kansainvälisten ja kansallisten lakien ja sopimusten mukaan yksilöllä on sama ihmisarvo ja oikeudet riippumatta elämäntilanteesta, henkilökohtaisissa ominaisuuksissa, mielipiteissä tms. olevista eroista (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 119-120). Kuten jo aiemmin on todettu, uskonnon ja mielipiteenvapaus ovat keskeisiä ihmisoikeuksia. Nämä samat oikeudet ovat myös hoitohenkilökunnalla. Syntyy siis keskenään ristiriidassa olevien oikeutettujen elämänskatsomuksellisten näkemysten törmäys ja moraalinen umpikuja (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2003, 121). Yksinkertaisin tapa selvittää tilanteesta on yleensä voimakkaamman osapuolen aktiivinen voiman-

tai vallankäyttö (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2003, 121). Koska hoitohenkilökunnalla on yleensä lähtökohtaisesti enemmän mahdollisuuksia kontrolloida potilaan hoitoa koskevia ratkaisuja (Voutilainen & Laaksonen 1994, 25), on potilas helposti altavastajaan asemassa.

Hoitotyö voidaan katsoa altruistiseksi toiminnaksi, jonka tarkoituksena on lisätä hyvinvointia ja vähentää kurjuutta ja kärsimystä (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2003, 122). Koska ei ole olemassa absoluuttista, kaikille samaa ”hyvän” määritelmää - eikä ”hyvää” ole välttämättä aina mahdollista edes toteuttaa - vaativat hoitotyössä nousevien eettisten ongelmien ratkaisuehdotukset tarkkaa harkintaa lyhyen ja pitkän aikavälin vaikutustensa kannalta (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2003, 123). Ratkaisu voi olla ”hyvä” lyhyellä aikavälillä, mutta aiheuttaa kärsimystä ja kurjuutta pitemmän päälle, ehkä jopa useammalle henkilölle. Tai ratkaisu voi tuntua moraalisesti ja eettisesti väärältä tai vain ”pahalta” akuuttilanteessa, mutta olla kuitenkin pitemmällä aikavälillä tarkasteltuna inhimillinen, eettinen ja ihmisarvoa kunnioittava (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2003, 123).

4.4 Hoitokäytännöt katsomusneutraaliuden näkökulmasta

Hoitokäytäntö on termi, jolla kuvaillaan hoitotyössä ilmenevää ajatusmallia tai suhtautumista eettisiin ongelmiin, potilaaseen ja itse hoitotyöhön. Yleensä hoitokäytännöt jaotellaan kolmeen luokkaan, paternalistiseen, liberalistiseen ja utilitaristiseen (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 95). Hoitokäytäntöluokkien tunteminen ja kyky soveltaa niitä oman toiminnan arvioinnissa auttaa terveydenhuollon ammattihenkilöä arvioimaan ja kehittämään omaa eettistä osaamistaan (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 95. Voutilainen & Laaksonen 1994, 20-21).

Paternalistinen hoitokäytäntö tunnetaan myös nk. holhoavana hoitokäytäntönä. Siinä hoitohenkilökunta asettuu potilaan yläpuolelle, omaksuen holhoavan ”isän” tai ”vanhemman” roolin, jolloin potilaaseen suhtaudutaan kuin lapseen, jonka ymmärrys ja/tai voimat eivät riitä häntä itseään koskevaan päätöksentekoon (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 96). Paternalistista lähestymistapaa harjoittavien hoitotyöntekijöiden tarkoitus on monesti hyvä ja jalo, halutaan toimia parhaalla mahdollisella tavalla toisen (potilaan) hyväksi (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 96-97). Monesti paternalistiseen toimintatapaan liittyy myös ajatus hoitohenkilökunnan hyveellisyydestä, joka vahvistaa ratkaisujen oikeellisuutta (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 97). Holhoavuus kuitenkin sivuuttaa potilaan autonomisena henkilönä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 96) ja täten loukkaa tämän integriteettiä ja oikeuksia. Uskonnottoman potilaan oikeuksia paternalistinen lähestymistapa loukkaa esim. silloin, jos potilaan vaatimusta olla joutumatta uskonnonharjoitukseen mukaan terveydenhuollon yksikön tiloissa ei kunnioiteta, vaikkapa verukkeella ”ettei parin virren kuuntelu ketään voi loukata”. Jos potilas kykenee ilmaisemaan, ettei halua uskonnollista toimintaa kohdistuvan itseensä, toivetta tulee kunnioittaa.

Liberalistinen hoitokäytäntö korostaa potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeutta, vapautta ja voimaantumista (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 105). Siinä hoitosuhteen suunnittelussa otetaan potilas mukaan aktiivisesti, kuunnellaan hänen palautettaan ja pyritään luomaan hoitoprosessista potilaalle myönteinen kokemus (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 105). Koska liberalistinen hoitokäytäntö pyrkii ottamaan kaikessa potilaan huomioon aktiivisena toimijana ja lähtökohteisesti nostaa hänen oikeutensa ja integriteettinsä keskiöön (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 110-113), katsomusneutraaluis todennäköisesti toteutuu potilaan näkökulmasta.

Utilitaristinen hoitokäytäntö perustuu ajatukseen, että hyvä toiminta hyödyttää mahdollisimman suurta joukkoa ihmisiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 115). Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus korostuvat toiminnassa (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 115). Toiminnassa pyritään löytämään tapa, toimenpide tai sääntö, joka toteutettuna tuottaa hyötyä ja hyvää mahdollisimman monelle (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 115). Utilitaristisen hoitokäytännön vaara on siinä, että kuten paternalistinen hoitokäytäntö, sekin saattaa hävittää ihmisen autonomian. Mahdollisimman monen henkilön hyöty on kuitenkin aina jonkin vähemmistön haitta.

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

Tämän opinnäytetyön aineiston keruun välineeksi valikoitui e-kyselylomake, jonka muoto on puolistrukturoitu. Se noudattaa sisällöltään teemahaastattelun periaatteita (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47). Kyselylomakkeella saatua aineistoa on analysoitu induktiivisella lähestymistavalla.

5.1 Opinnäytetyön kohderyhmä ja sen tavoittaminen

Uskonnottomat ovat tilastojen valossa (Suomen virallinen tilasto 2013) vähemmistöryhmä. He ovat näkemyksiltään ja aktiivisuudeltaan hyvin moninaista joukkoa, joka eroaa esim. pienistä uskontokunnista, jonkin poliittisen aatteen, kielen tai vaikkapa etnisyyden edustajista siinä, että lukuun ottamatta Vapaa-ajattelijoiden liitto ry.:stä, Suomen ateistiyhdistys ry.:stä ja muutamaa muuta pientä yhdistystä, heillä ei ole fyysisiä toimi- tai kokoontumistiloja eikä yhteistä, laajassa mitassa järjestettyä toimintaa - uskonnottomat yleensäkin ovat järjestäytymättömiä. Sen sijaan mm. Facebookissa toimii useita ateistisia ja/tai uskontokriittisiä ryhmiä, joiden kautta olisi mahdollista tavoittaa melko suuri joukko kohderyhmään sopivia ihmisiä, jotka myöskin olisivat halukkaita vastaamaan e-lomakkeeseen. Tekijä valikoi viisi Facebook-ryhmää ja nettikeskustelupalstaa, joiden ylläpitäjille lähetettiin pyyntö saada julkaista ryhmässä/palstalla kutsu tutkimukseen. Kaksi Facebook-ryhmää vastasi myönteisesti ja yhdellä keskustelupalstalla kutsu julkaistiin sellaisenaan saman tien, sillä palstan säännöt sallivat sen ilman erillistä lupaa.

Tutkimuskutsu saatekirjeineen julkaistiin luvan antaneissa Facebook-ryhmissä helmikuun 2016 alussa. Vastausaikaa annettiin kaksi ja puoli viikkoa. Alun perin toivomus oli saada parikymmentä vastausta, sillä ihmisten innostus e-lomakekyselyn täyttämiseen voi olla matala, koska niitä liikkuu sosiaalisessa mediassa ja sähköpostitse niin paljon (Hirsjärvi & Hurme 2011, 36). Yllättäen vastauksia tuli kuitenkin kaksinkertaisesti yli tavoitemäärän ja lisäksi tuli useita sähköposteja ja Facebook-viestejä, joissa kerrottiin että tutkimus koettiin mielenkiintoiseksi ja tarpeelliseksi, vaikka viestin kirjoittaja ei tuntenutkaan kuuluvansa kohderyhmään eikä näin ollen katsonut voivansa osallistua.

Koska vastaajat olivat yksityishenkilöitä ja he vastasivat kyselyyn oma-aloitteisesti avoimen tutkimuskutsun perusteella, tutkimuslupaa ei tarvittu. Kaikki vastaukset käsiteltiin anonyymeinä. Kysely toteutettiin SurveyMonkey.com-sivuston kyselylomakekoneella, jonne kyselyyn pääsi vastaamaan nettilinkin kautta.

5.2 Opinnäytetyön tutkimusongelma ja tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusongelmaksi nousee seuraava: toteutuuko lakisääteinen, yhdenvertainen ja potilaskeskeinen hoitotyön malli Suomen julkisessa terveydenhuollossa uskonottoman potilaan näkökulmasta?

Tutkimusmenetelmäksi soveltui parhaiten laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään ihmisten kokemusten ja näkökulmien tulkintaan ja ymmärtämiseen (Hirsjärvi & Hurme 2011, 22). Tyypiltään tutkimus toteutui lomakemuotoisena, puolistrukturoidun teemahaastattelun periaatteita noudattavana kyselynä, joka tosin sopii myös nk. survey-tutkimukseksi (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 130). Teemahaastattelua hyödyntävässä tutkimuksessa valitaan tutkimuskohteiksi henkilöitä, joilla on tutkimuksen aiheen kannalta relevanttia tietoa ja/tai kokemuksia (Hirsjärvi & Hurme 2011 sit. Merton, Fiskin & Kendall 1956, 47) ja heille esitetään samat kysymykset, joiden järjestys voi tosin vaihdella (Hirsjärvi & Hurme 2011 sit. Fielding 1993, 47) ja vastaukset voivat olla vapaamuotoisia, omin sanoin kuvailtuja (Hirsjärvi & Hurme 2011 sit. Eskola & Suoranta 1998, 47).

Lomakemuotoinen kysely valikoitui tämän opinnäytetyön menetelmäksi useasta syystä. Ensinnäkin opinnäytetyön aihealueesta on hyvin vähän kotimaista tutkimusta, mikä jo itsessään vaatii korjausta - tietoa olisi saatava lisää, vaikka sitten pienemmässäkin mittakaavassa. Vaikka joidenkin tutkimusten mukaan jopa reilu puolet suomalaisista olisi käytännössä uskonottomia (Zuckerman 2007 sit. Gustafsson & Pettersson 2002 ja Froese 2001, 6), voidaan aihealue kuitenkin katsoa voimakkaasti subjektisoivaksi ja joissakin tapauksissa myös araksi (Hirs-

järvi & Hurme 2011, 35). Lomakkeella toteutettu haastattelu sallii vastaajien säilyttää anonymiteettinsa ja silti vastata totuudenmukaisesti myös henkilökohtaista mielipahaa tai tunnekuohua aiheuttaneisiin teemoihin (Hirsjärvi & Hurme 2011, 35). Lisäksi lomakehaastattelu on etenkin nykyään teknisesti helppo toteuttaa ja ajankäytöllisesti se on taloudellinen (Hirsjärvi & Hurme 2011, 36-37).

Kyselylomakkeen kysymykset (Liite 1) muotoutuivat tutkimuskysymysten pohjalta. Kyselylomakkeessa kerättiin myös taustatietoja vastaajien iästä, sukupuolesta ja asuinpaikasta sekä koulutustasosta.

5.3 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston varsinainen analyysi voi alkaa vasta tiettyjen esityövaiheiden jälkeen. Näitä vaiheita ovat tietojen tarkistus ja täydentäminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 216-217). Tarkistusvaiheessa selvitetään onko aineistossa selviä virheitä ja puuttuuko olennaista tietoa. Kyselylomaketutkimuksessa tämä tarkoittaa liian puutteellisesti täytettyjen lomakkeiden hylkäämistä aineistosta (Hirsjärvi, Remes & Hurme 1997, 216-217). Tietojen täydentäminen ei vastaajien anonymiteetin takia onnistu tässä opinnäytetyössä. Yleensä tietojen täydentämisellä tarkoitetaan esim. yksilöhaastatteluissa jälkeinpäin tehtyä yhteydenottoa, jolla täsmennetään vastauksia tai lomakehaastatteluissa vastaamatta jätettyjen lomakkeiden karhuamista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 217).

Ryhmittely- tai luokitteluvaiheella tarkoitetaan kootun aineiston sijoittamista ryhmiin tai luokkiin sisällössä ilmenevien samankaltaisuuksien tai teemojen mukaisesti. Ryhmittely/luokittelu kuuluu olennaisena osana sanallisten haastatteluiden analysointiprosessiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 219 - 220). Ryhmitellessään/luokitellessaan aineistoaan tutkimuksen tekijä kykenee jo muodostamaan yleiskuvaa saadusta materiaalista ja suorittamaan alustavaa johtopäätösten muodostusta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 217-219). Tämän opinnäytetyön aineiston keräämisessä käytetty kyselylomakekone helpotti aineiston koontivaihetta huomattavasti sikäli, että sen kautta pystytään helposti tarkastelemaan vastauksia kysymyksittäin ja/tai vastaajakohtaisesti. Kyselylomakekone myös tarjosi kvantitatiivista tietoa vastaajien määrästä, täysstrukturoiduissa kysymyksissä vastausten määrästä per vaihtoehto sekä vastausten kertymisajasta jne. Näin ollen aikaa säästyi alkuanalysointivaiheessa selkeästi.

Ei ole olemassa yhtä, yleispätevää ja oikeaa analysointitapaa, vaan järkevintä on käyttää selkeästä analysointimenetelmästä, joka selkeimmin antaa vastaukset tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 219). Kvalitatiiviselle tutkimusotteelle on myös tyypillistä, että analyysia tehdään jatkuvasti tutkimusprosessin edetessä (Hirsjärvi & Hurme

2011, 136. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 218). Tässä opinnäytetyössä on käytetty induktiivista eli aineistolähtöistä analyysitapaa (Hirsjärvi & Hurme 2011, 136). Sen mukaan on havaittu ilmiö, jota lähdetään kartoittamaan ja tutkimaan, ja näin saadaan aineisto, jonka perusteella muodostetaan käsityksiä ja teorialalleja (Pitkäranta 2010, 126). Huolimatta aiemmin mainituista sosiaalisen median keskusteluista ja yksittäisistä henkilökohtaisista kentällä tehdyistä havainnoista, tämän opinnäytetyön tekijällä ei ole alun perin ollut lähtöhypoteesia uskonottomien epäyhdenvertaisesta asemasta hoitotyössä. Sen sijaan on ollut tutkimuskysymyksiä, joista muotoutui selkeä tutkimusongelma, jota lähdettiin selvittämään aineistosta nousevien luokkien ja niiden yhdistelystä syntyvien johdonmukaisuuksien avulla (Hirsjärvi & Hurme 2011, 150). Tässä edetään induktiivisesta analyysistä deduktiiviseen lähestymistapaan, mikä syventää tutkijan ymmärrystä aineistostaan ja mahdollistaa sellaisen teoreettisen näkökulman tai mallin kehittämistä, johon aineisto voidaan sijoittaa (Hirsjärvi & Hurme 2011, 150).

Käytännössä tämän opinnäytetyön aineiston käsittely eteni seuraavasti: 1) Kvantitatiivisesti mitattavissa ja esitettävissä olevien taustatietokysymysten vastausten purku. Tämä tapahtui yksinkertaisesti laskemalla miesten, naisten ja muiden määrät sekä merkitsemällä iät ja koulutustasot Excel-taulukoihin, joiden perusteella määrät voitiin esittää selkeinä kuvioina. Seuraavaksi käsiteltiin katsomusneutraaliutta mittaava strukturoitu kysymys, jossa samaan tapaan laskettiin vastaajien määrät eri kategorioissa iän, sukupuolen ja koulutustason mukaan ja merkittiin ne taulukoiksi, jälleen graafista esittämistä varten. Tämän jälkeen siirryttiin 2) kvalitatiivisiin vastauksiin, joissa vastaajat vastasivat omin sanoin. Näissä tekijä päätyi rajaamaan analysoinnin määrää, ts. jätti sukupuoli-, ikä- ja koulutustasotekijät erittelemättä. Vastauksissa etsittiin samoja teemoja (esim. haluttomuus olla missään tekemisissä sairaalapapin kanssa), samankaltaisia tilannekuvauksia (esim. uskonnollisten terapiamuotojen tarjoaminen) ja avainsanoja (esim. abortti, psykologi, ateisti). Aineisto järjestyi ryhmiin näillä keinoilla varsin sujuvasti.

Kyselylomakkeen (Liite 1) 3. kysymys, jossa vastaajia pyydettiin määrittelemään elämäntatsumuksensa omin sanoin, analysoitiin ensisijaisesti avainsanojen avulla. Avainsanojen painotusta vastauksessa muutti niiden esiintymispaikka. Tekijä luokitteli aluksi vastaajat vastauksessa ensimmäisenä esiintyvän avainsanan mukaisesti ryhmiin. Ne vastaukset, joissa ei ensimmäisessä lauseessa ollut selkeää avainsanaa tai määrettä, ryhmiteltiin uudelleen koko vastauksen sisällön perusteella, ts. ilmaisiko vastaaja monisanaisesti mutta ilman avainsanoja elämäntatsumuksensa olevan ateistinen, uskonnoton jne. Lähes kaikissa vastauksissa esiintyivät avainsanat ateisti, uskonnoton, humanisti tai sekulaari. Viidessä vastauksessa tekijä joutui analysoimaan vastausta sisällöltään kokonaisuutena, jotta se voitaisiin luokitella johonkin ryhmään. Lopulta tekijä päätyi pitämään nämä vastaukset omana ryhmänään välttääkseen virheellisen

luokittelun. Huomattavaa on, että kaikki vastaajat pystyivät kuvailemaan elämäkatsomuksensa selkeästi eikä yhtään ”en tiedä” tai ”en osaa selittää”-vastausta tullut.

Mahdollisia vakaumusristiriitatilanteita kartoittavan kysymyksen 5 (Liite 1) analyysi perustui vastauksista nousevien samankaltaisten tilanteiden nimeämisen mukaan ryhmittelylle. Koska sama vastaaja saattoi nimetä monta tilannetta, tekijä laski jokaisen esille nousseen tilanteen maininneet vastaajat erikseen. Oman ryhmänsä muodostivat tämän kysymyksen tulkinassa myös ne vastaajat, jotka eivät osanneet mainita yhtään sellaista tilannetta, jossa uskonnottoisuus nousisi merkittäväksi tekijäksi.

Kysymyksessä 6 (Liite 1) kartoitettiin vastaajille mieleisen henkisen tuen muotoja ja sitä antavia tahoja. Vastauksia analysoitiin ensin avainsanojen avulla, kuten esim. psykologi, lääkäri, läheinen, sairaanhoitaja. Koska jälleen yksittäinen vastaaja saattoi nimetä monta avainsanaa, tekijä laski jokaisen esille nousseen avainsanan kohdalla kaikki siihen viittanneet vastaukset. Aineistoa läpi käydessä kävi kuitenkin ilmi, että niitä voisi ryhmitellä myös teemoittain, joten tekijä päätyi kaksoisanalysoimaan tämän kysymyksen vastaukset. Tällöin tekijä järjesti jo olemassa olevat avainsanaryhmät suurempiin teemakategorioihin, jotka olivat: ammattihenkilöt; maallikot eli omaiset, läheiset ja ystävät; vertaistuki; koulutetut vapaaehtoiset. Kun uusi luokittelu oli tehty, tekijä kävi vielä kerran vastaukset läpi, sillä aineistoa tarkasteltaessa kävi ilmi, että analyysiin oli lisättävä vielä yksi ryhmä eli se, jolta vastaajat nimenomaan eivät halunneet henkistä tukea. Tämä lisäys oli tarpeellinen, sillä niin moni vastaaja mainitsi sen erikseen painottaen.

Tekijä joutui myös tekemään jonkin verran ristiinryhmittelyä kysymysten 5 ja 6 välillä, sillä moni vastaaja mainitsi henkisen tuen ja sitä antavat tahot jo 5. kysymyksen vastauksissa.

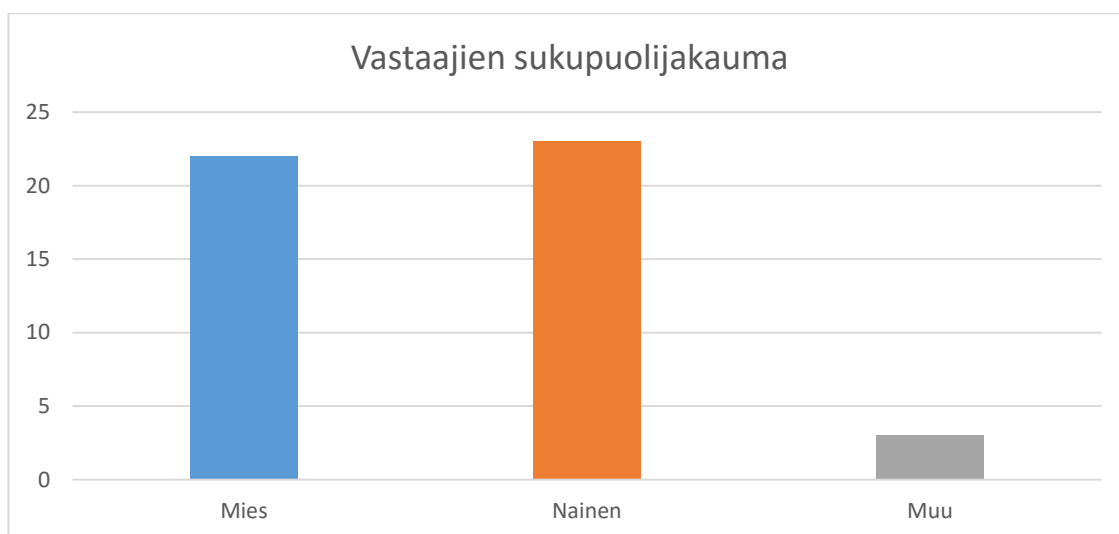
6 Opinnäytetyön tulokset

Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 48 ihmistä. Kaikki lomakkeet oli asiallisesti täytetty ja vapaamuotoista vastausta edellyttäviin kysymyksiin oli vastattu välillä myös hyvin monisanaisesti. Selkeästi eniten vastauksia tuli neljän ensimmäisen vuorokauden aikana kyselylinkin avaamisesta, mutta vastausajan viimeisen kolmen vuorokauden aikana ilmeni vielä selvä nousu vastausten määrässä.

6.1 Perustietoja vastaajajoukosta

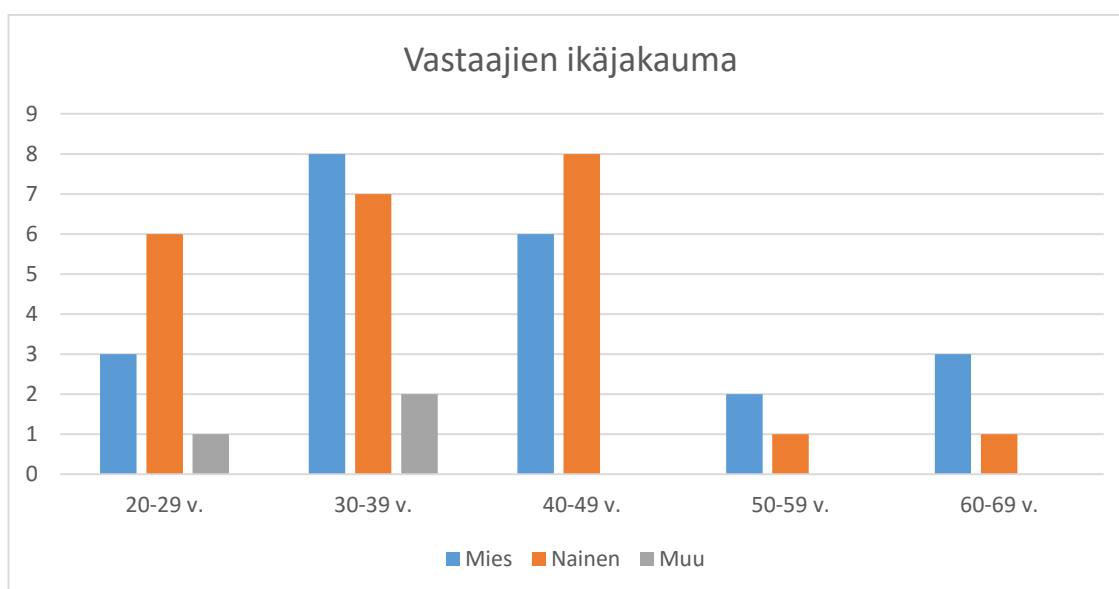
Kyselylomakkeessa kerättiin tiettyjä perustietoja vastaajista, eikä näitä kysymyksiä voinut lomakkeessa ohittaa. Vastaajien sukupuolijakauma oli hyvin tasainen: 22 miestä, 23 naista sekä

3 henkilöä, jotka katsovat sukupuoli-identiteettinsä olevan perinteisen mies-nainen-akselin ulkopuolella.



Kuvio 1: Vastaajien sukupuolijakauma

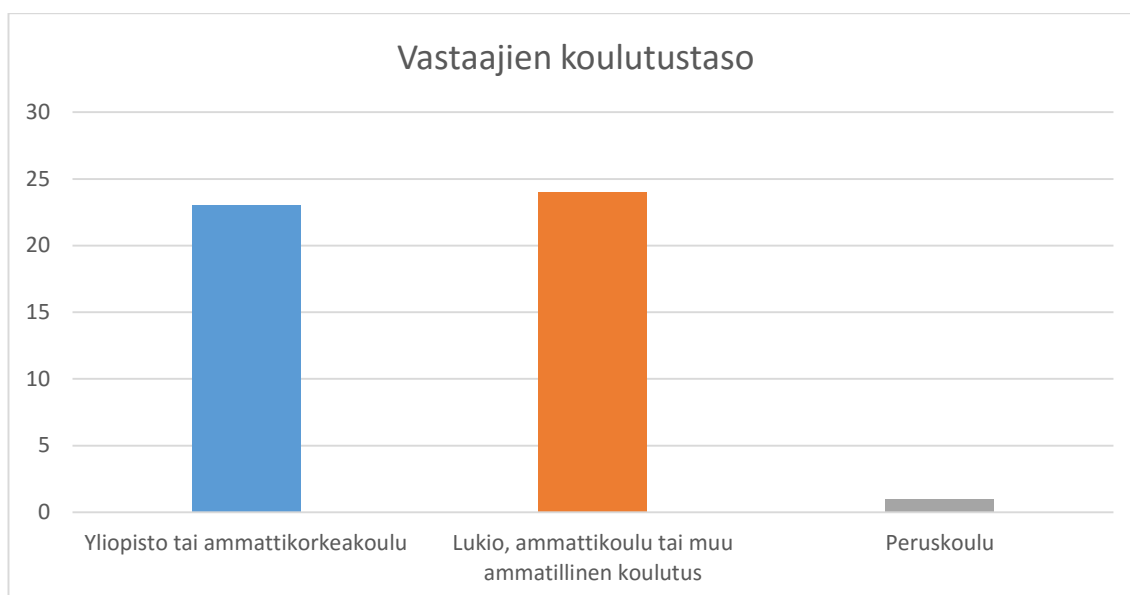
Nuorin kyselyyn vastannut oli 20-vuotias, vanhin 64-vuotias. Eniten vastaajia oli ikäryhmässä 30-39-vuotiaat ja toiseksi eniten ikäryhmässä 40-49-vuotiaat. 50. ikävuoden jälkeen vastaajien määrä väheni selvästi.



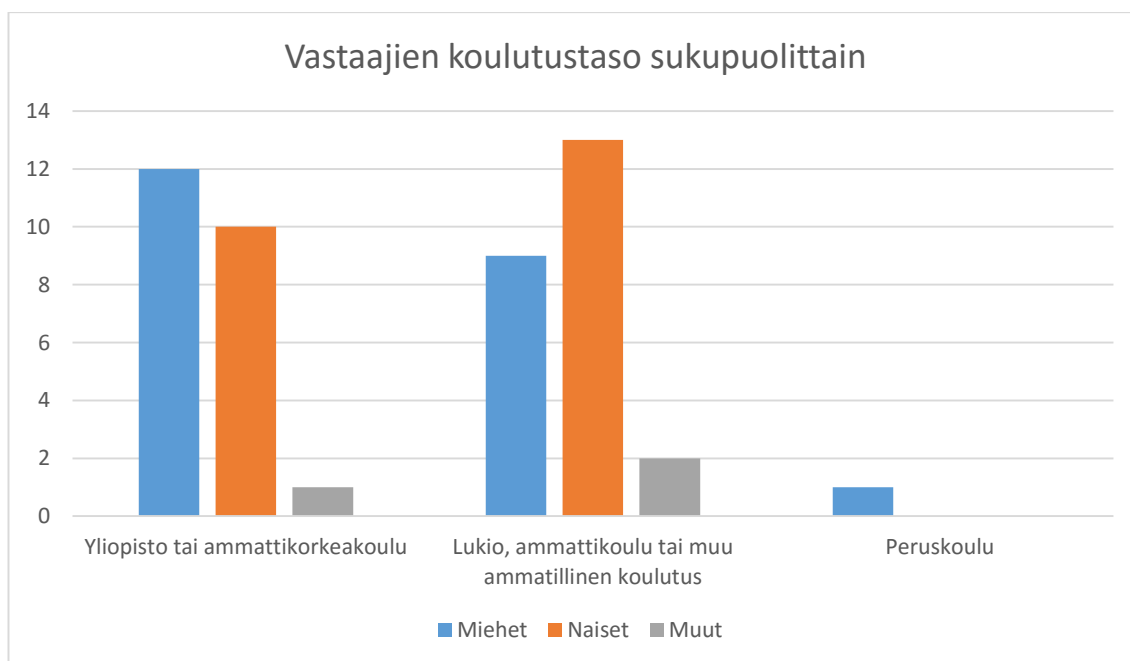
Kuvio 2: Vastaajien ikäjakauma

Yhtä lukuun ottamatta kaikilla vastaajilla oli vähintään toisen asteen koulutus. Yliopiston tai ammattikorkeakoulun käyneitä oli 23. Korkeakoulun käyneistä miehiä oli hieman enemmän

kuin naisia, naiset taas olivat enemmistönä toisen asteen koulutuksen käyneissä, mutta kummassakin ryhmässä erot olivat melko pieniä sukupuolten välillä.

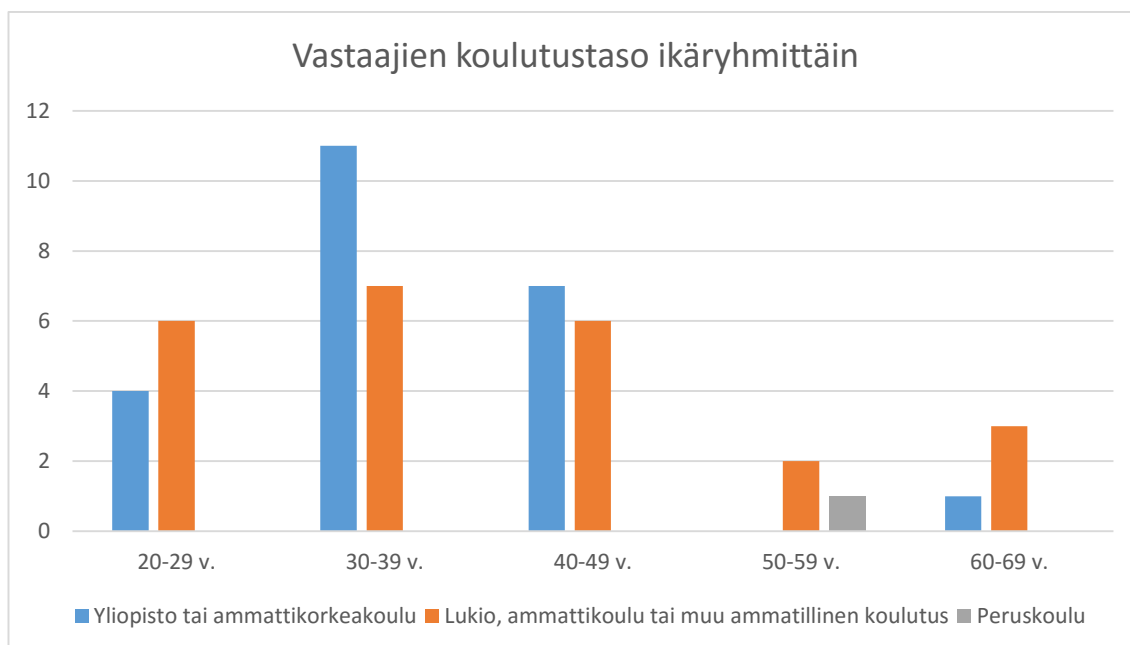


Kuvio 3: Vastaajien koulutustaso



Kuvio 4: Vastaajien koulutustaso sukupuolittain

Selvästi eniten korkeakoulutettuja oli ikäryhmissä 30-39-vuotiaat ja 40-49-vuotiaat. Yli 50-vuotiaissa korkeakoulutettuja oli yksi. Toisen asteen koulutuksen käyneet jakautuivat melko tasaisesti kaikkiin tutkimuksessa esillä oleviin ikäryhmiin.



Kuvio 5: Vastaajien koulutustaso ikäryhmittäin

Kyselylomakkeen (Liite 1) kolmannessa kysymyksessä pyydettiin vastaajia määrittelemään elämänsä katsomuksensa omin sanoin. 24 vastaajaa määritteli itsensä suoraan ja yksiselitteisesti ateistiksi. Seitsemän vastaajaa käytti ilmaisua ”uskonnoton” ja kaksi vastaajaa määritteli itsensä agnostikoiksi. Kaksi vastaajaa oli sekulaareja humanisteja. Kahdeksan vastaajaa katsoi olevansa jonkinlainen ateistin, agnostikon ja humanistin sekoitus. Viisi vastaajaa oli määritellyt uskonottomuutensa jollakin muulla termillä kuin ylläolevat. Huomattavaa on, että yli puolet vastaajista halusi tarkentaa ensimmäisenä antamaansa määritelmää ja avata laajemmin omaa näkemystään uskonottomuudesta.

6.2 Kokemukset julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta

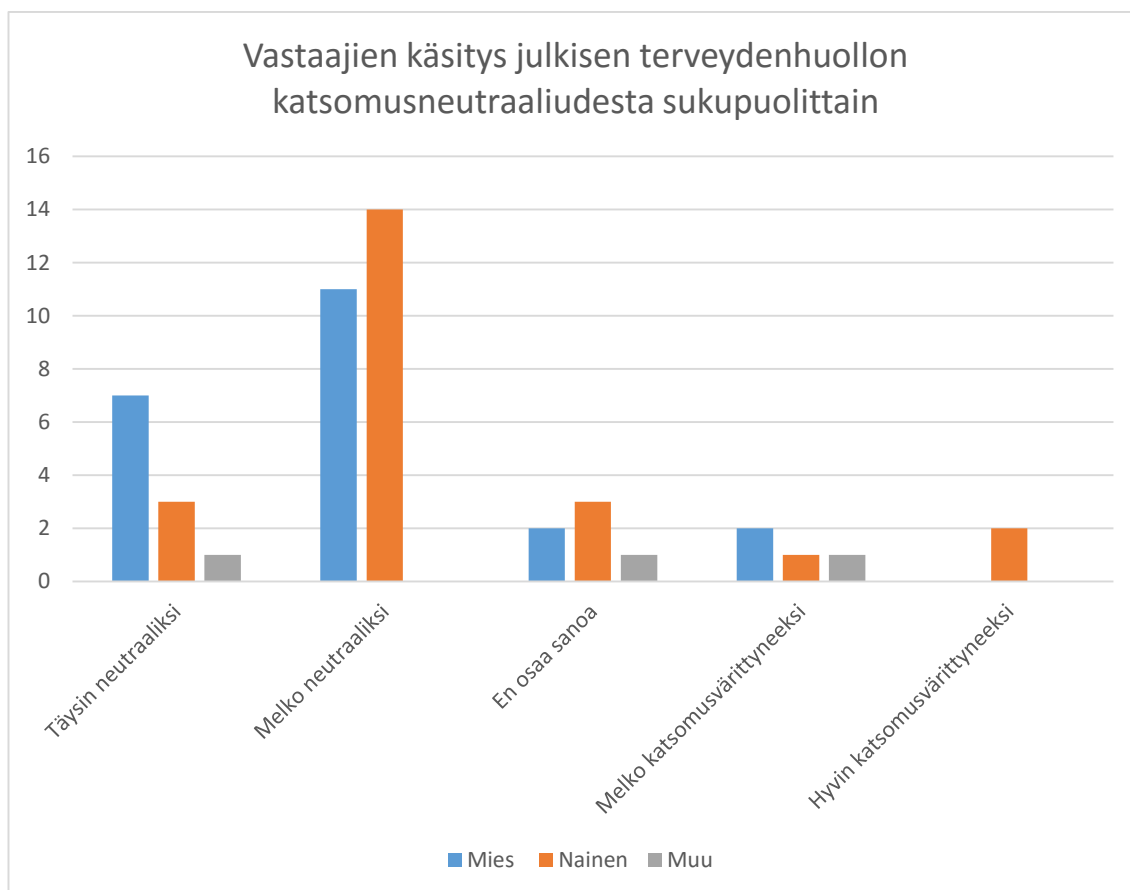
Ensimmäinen suoraan tutkimuskysymykseen vastauksia keräävä kysymys kyselylomakkeessa oli strukturoitu ja pakollinen. Kysymys kuului: ”Kuinka katsomusneutraaliksi koet Suomen julkisen terveydenhuollon?” Vastausvaihtoehtoja oli viisi: ”täysin neutraaliksi”, ”melko neutraaliksi”, ”en osaa sanoa”, ”melko katsomusvärittyneeksi” ja ”hyvin katsomusvärittyneeksi”. Kysymykseen oli siis mahdollista olla ottamatta kantaa vastaamalla ”en osaa sanoa”.

Yli puolet vastaajista katsoi julkisen terveydenhuollon olevan melko katsomusneutraali ja yli neljännes vastaajista katsoi sen olevan täysin katsomusneutraalin. Kuusi vastaajaa ei osannut sanoa kantaansa. Melko tai hyvin katsomusvärittyneeksi julkisen terveydenhuollon koki kuusi vastaajaa.



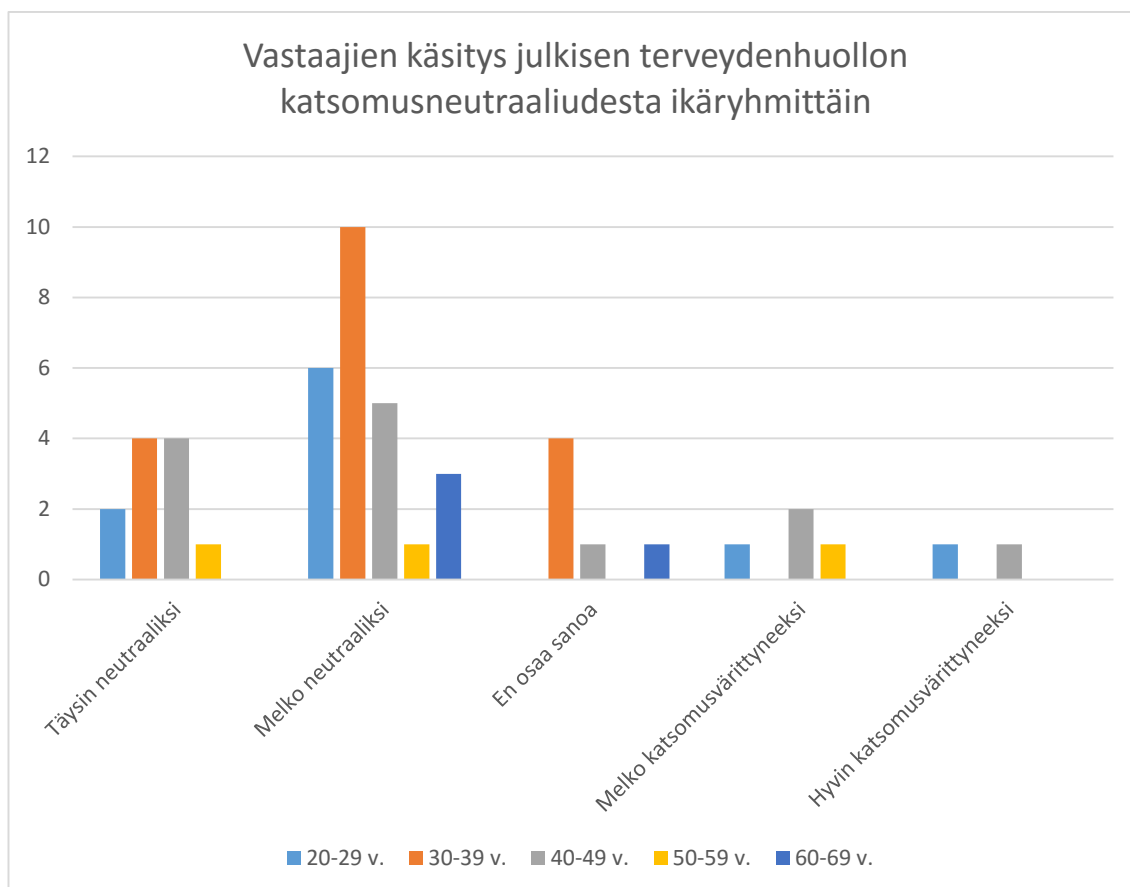
Kuvio 6: Kuinka katsomusneutraaliksi koet Suomen julkisen terveydenhuollon?

Sukupuolittain tarkasteltuina suurin ero näkyy julkisen terveydenhuollon täysin neutraaliksi kokevien joukossa. Heissä miehet ovat selkeä enemmistö. Naispuolisista vastaajista valtaosa katsoo julkisen terveydenhuollon melko katsomusneutraaliksi, mutta naisten joukosta löytyvät myös ne vastaajat, jotka kokevat julkisen terveydenhuollon hyvin katsomusvärittyneeksi. Muunsukupuoliset jakautuvat tasaisesti eri vastausvaihtoehtojen joukkoon.



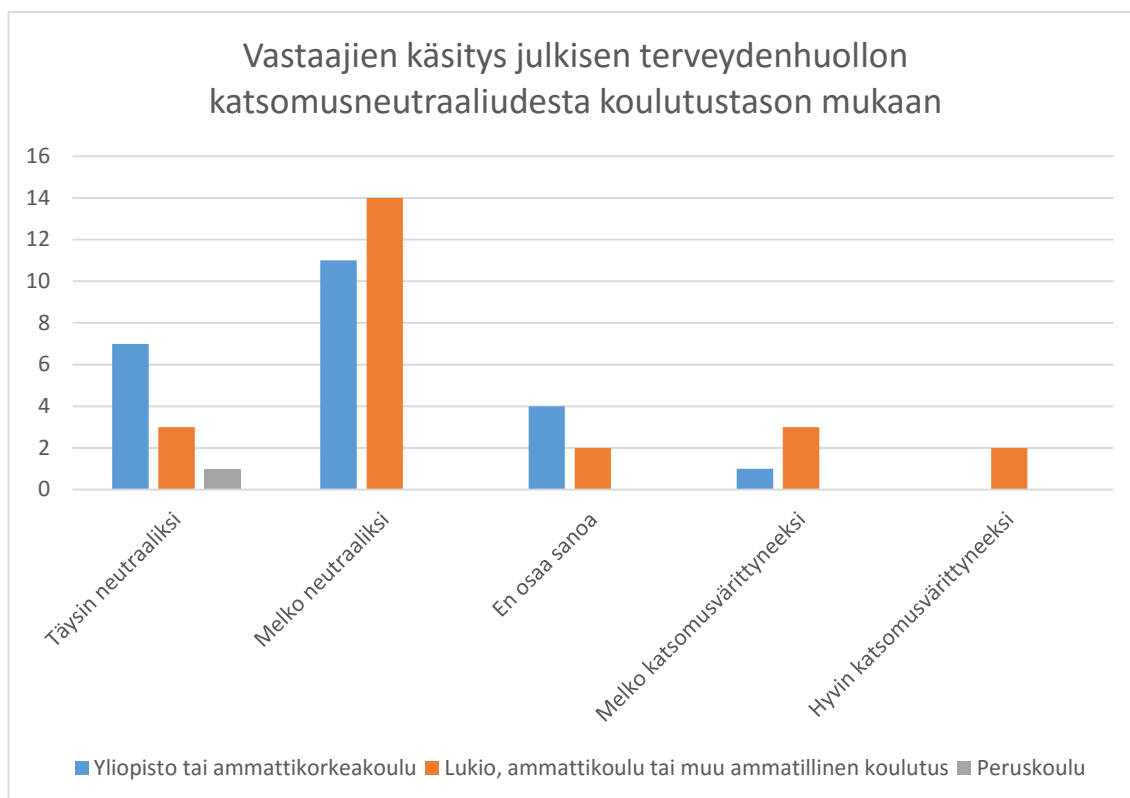
Kuvio 7: Vastaajien käsitys julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta sukupuolittain

Ikäryhmittäin tarkasteltuna 20-29-vuotiaat katsovat enimmäkseen julkisen terveydenhuollon olevan melko tai täysin katsomusneutraalia. Sama näkemys toistuu vielä selvempänä 30-39-vuotiaiden parissa, joskin he ovat myös selvästi suurin ikäryhmä, jotka vastasivat ”en osaa sanoa”. 40-49-vuotiaat kokevat myös julkisen terveydenhuollon enimmäkseen melko tai täysin katsomusneutraaliksi, mutta heitä on puolet julkisen terveydenhuollon melko katsomusvärityneeksi kokevista. 50-59-vuotiaista enemmistö kokee julkisen terveydenhuollon täysin tai melko katsomusneutraaliksi. Yli 60-vuotiaista vastaajista enemmistö kokee julkisen terveydenhuollon melko katsomusneutraaliksi.



Kuvio 8: Vastaajien käsitys julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta ikäryhmittäin

Koulutustason mukaan tarkasteltuna voidaan huomata, että toisen asteen koulutuksen käyneissä kriittinen näkemys julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta on selvästi yleisempää. Kuitenkin selkeästi yli puolet toisen asteen koulutuksen käyneistä katsoo julkisen terveydenhuollon melko katsomusneutraaliksi. Korkeakoulutuksen käyneet ovat suurin vastaajaryhmä julkisen terveydenhuollon täysin neutraaleiksi kokevissa. Vain yksi korkeakoulutettu vastaaja ilmaisi kriittisen näkemyksen julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta. Toisaalta korkeakoulutetut ovat suurin ryhmä vastaajissa, jotka valitsivat ”en osaa sanoa”-vaihtoehdon kysymykseen. Tutkimuksen ainoa peruskoulupohjainen vastaaja koki julkisen terveydenhuollon täysin katsomusneutraaliksi.



Kuvio 9: Vastaajien käsitys julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta koulutustason mukaan

6.3 Katsomusneutraaliuden kannalta merkitykselliset hoitotilanteet

Kyselylomakkeessa (Liite 1) tiedusteltiin vastaajilta, että minkälainen olisi tilanne, jossa heidän uskonnotmuutensa nousisi huomioonotettavaksi seikaksi. Vastauksissa mainittiin yleisimmin akuutit henkeä vaarantavat sairaudet, erilaiset kriisitilanteet, saattohoidon järjestäminen ja riskialttiit hoitotoimenpiteet. Esille nousivat myös sairaudet, joihin ei ole toimivaa hoitoa (muuta kuin oireenmukainen). Useat vastaajat miettivät myös miten ns. kuolinrutiinit (vainajan laitto) hoidettaisiin heidän kohdallaan.

”Mikäli tarvitsisin esim. keskusteluapua tai kriisiapua sairaalassa ollessani ja ainoa tarjolla oleva taho olisi sairaalapappi eikä mitään neutraalia keskustelu-seuraa olisi mahdollista saada. Tai jos minä tai läheiseni olisi parantumattomasti sairas ja hoitohenkilökunta ottaisi jollain tunnustuksellisella tavalla kantaa tulevaan kuolemaan tai olettaisi kysymättä, että olemme uskonnollisia. Uskonnollisilla asioilla ”lohduttaminen” ei myöskään toimi vaan voi enemmin herättää epäluottamusta ja kauhua, jos potilas tai läheinen ovat uskonnotomia ja pitävät uskonnollisia puheita valheina.”

”Joo no monisairaana, olen havainnut kulmien nostelua ja sitä reaktiota, kun olen sanonut antavani ruumiini tutkimustyöhön, jonka jälkeen tekevät mitä tekevät. Asenne muuttuu aikalailla oudoksi, suorastaan vastenmieliseksi.”

Hoitohenkilökunnan vakaumuksen vaikuttaminen erilaisten hoitotoimenpiteiden saatavuuteen ja suorittamiseen askarrutti useita vastaajia, niin naisia kuin miehiäkin. Abortti nousi useissa vastauksissa esille esimerkkinä tällaisesta vakaumusristiriitatilanteesta.

”Jos joku toimenpide tms. kieltäydyttäisiin tekemästä siksi että se loukkaa hoitohenkilökunnan uskonnollista vakaumusta.”

”[...] Yleisesti ottaen tällaisia tilanteita olisivat sellaiset, joissa lääkäri tai hoitaja tai heitä ohjaava laki ajattelee eettisesti hyvin eri tapaan kuin minä. Mahdolliset skenaariot saattaisivat liittyä vaikkapa aborttiin ja eutanasiaan tai yleisemmin saattohoitoon. [...]”

”Tilanteessa, jossa olisin hakemassa raskaudenkeskeytystä. [...]”

”[...] Naisilla abortti voisi olla tällainen tilanne.”

Monissa vastauksissa mietittiin tilannetta, jossa vastaaja olisi vanhus ja joutuisi laitoshoitoon tai pitkälle hoitajaksolle vuodeosastolle. Kuntoutuksen ja viriketoiminnan katsomusneutraalius koettiin tärkeäksi.

”Pelottaa jo etukäteen se, että joutuisin viettämään viimeiset vuoteni vanhainkodissa, tai tk:n vuodeosastolla. Olen tehnyt töitä kummassakin, ja sunnuntaisin jumalanpalvelus raikasi tv:stä sellaisella volyymilla, ettei osastolta löytynyt paikkaa johon se ei olisi kuulunut. Noissa paikoissa kävi ennen myös erilaisia ryhmiä laulamassa virsiä ja hengellisiä lauluja, eikä niitäkään pakoont päässyt yksikään potilas, vaikka olisi halunnutkin. Vaikka olisin täysin muistamaton, en silti haluaisi tulla kärrätyksi katsomaan jumalanpalvelusta, tai kuuntelemaan virsiä. [...]”

”Jos olisin pitkäaikaispotilaana ja tyrkytettäisiin jonkun sairaalapastorin vierailua. Tai jos olisin liikuntakyvyttömänä jossain päiväsalissa ja siellä laitettaisiin kuulumaan/näkemään joku hartaus tai jumalanpalvelus.”

”Ainoastaan tulee mieleen, että vanhushpalveluissa aktiviteetit liittyvät usein uskontoon, esim. kun lauletaan, niin lauletaan virsiä, kun tulee vierailijoita

tai järjestetään tapahtumia, niin ne järjestää monesti pappi/seurakunnan väki/ kirkkokuoro jne. Itse vanhuksena haluaisin aivan muita aktiviteetteja.”

Muutama vastaaja koki myös hankalaksi tilanteen, jossa hoitohenkilökunta kertoisi rukoilevansa potilaan puolesta tai jos tuki- tai terapiamuotona tarjottaisiin uskonnollista toimintaa tai uskonnollissävyytteistä keskustelua.

”[...] Jos uskovainen hoitaja tai lääkäri sanoisi rukoilevansa puolestani.”

”Kun henkilökunta tarjoaa tukimuodoksi uskonnollisten yhdyskuntien näkemyksiä. Tällaisia ovat esim. potilaille julkisiin tiloihin jätetyt uskonnolliset esitteet tai muistutus mahdollisuudesta tavata sairaalapastori.”

”[...] Jos meinaa kuolla tarjotaanko automaattisesti mahdollisuutta pappiin ja viimeiseen ehtoolliseen? [...]”

”Ei tule mieleen muuta, kuin että jos puolestani rukoiltaisiin tai jos terapeutti tms. kehottaisi käymään vaikka kirkossa.”

Hätäkaste nousi muutaman vastaajan kommenteissa esille tilanteena, jossa hienotunteinen katsomusneutraalius koettiin tarpeelliseksi.

”Synnytyssairaalan lomakkeessa kysyttiin hätäkastetoivetta. En muista enää miten asiaa kysyttiin mutta jäi mieleen että se olisi voinut olla erillinen kohta tai lomake kirkkoon kuuluville.”

Monissa vastauksissa painotettiin, että vastaajat eivät haluaisi olla mitenkään tekemisissä uskonnon kanssa terveydenhuoltoon liittyvissä tilanteissa.

”En tahdo että minua tullaan millään tavalla hengellisesti lähestymään jos olen kuolemaisillani tai erittäin sairaana.”

”Mielestäni terveydenhuolto ja uskonnollinen vakaumus pitäisi pitää erillään kokonaan. En halua olla missään tekemisissä uskonnollisten näkemysten kanssa.”

Yhdeksän vastaajaa kertoi, ettei joko osannut nimetä yksittäistä tilannetta, jossa heidän uskonottomuutensa nousisi huomioonotettavaksi seikaksi tai mikäli hoitohenkilökunta on ammattimaista, sellaista tilannetta ei pääsisi syntymäänkään.

6.4 Uskonottomien näkemykset mieluisesta henkisen tuen muodosta

Kyselylomakkeen (Liite 1) kysymyksessä 6 tiedusteltiin kenen toimesta annettavaa ja millaista henkistä tukea vastaaja toivoisi tilanteessa, jossa hän itse tai hänen läheisensä joutuisi julkisen terveydenhuollon potilaaksi akuutissa henkeä uhkaavassa tilanteessa. Mieluinen tukihenkilö uskonottomalle potilaalle olisi vastausten perusteella ammattitaitoinen psykologi, psykiatri tai psykiatrinen sairaanhoitaja.

”Terveystenhuollon ammattilaisen. Psykiatrin tai psykiatrisen sairaanhoitajan. Ihan tavallista keskusteluapua.”

”Henkilön, esim. psykologin, psykiatrisen sairaanhoitajan tms. kenen kanssa keskustella.”

”Sairaalan oman sosiaalityöntekijän, psykologin tai psykiatrin antamaa henkistä tukea ja tietoa. [...]”

”Kokeneen psykiatrin.”

Hoitohenkilökunnan antama tuki koettiin erittäin tärkeäksi. Monet vastaajat toivoivat lääkäriltä selkeitä faktoja ja tietoa, miten kysymyksen skenaariossa edetään. Sairaanhoitajilta ja muulta hoitohenkilökunnalta toivottiin faktatietoa tilanteesta, inhimillistä ja empaattista suhtautumista, aikaa kuunnella ja jutella potilaan kanssa, ymmärrystä ja ystävällisyyttä ilman uskonnollista sävyä.

”Terveystenhuoltohenkilökunnan asiallinen käyttäytyminen ja ammattitaito punnitaan tuollaisessa tilanteessa.”

”Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan tukea ja läsnäoloa. [...]”

”Toivoisin empaattista mutta asiallista suhtautumista hoitohenkilökunnan taholta. [...]”

”Lämmintä suhtautumista henkilökunnalta, mutten sen kummempaa erityiskohtelua [...]”

”Asiallista ja rehellistä keskustelua tilanteesta lähinnä hoitohenkilökunnan, miksei myös lääkärinkin kanssa. Mielellään istuen, että kokee tulevansa kuuluksi. Henkilökunnan ei tule selittää minkään olevan jumalan käsissä tms.”

”Haluan lääkärin, joka selittää mitä tapahtuu, millä aikavälillä ja miten sitä hoidetaan.”

”Pelkästään lääkärin tai hoitajan kannustava ja tukeva asenne ilman minkään taivaan olemassaoloon viitteen. Pelkkä kädestä kiinnipitäminen tai läsnäolo riittää. Pastoreita ei paikalle tarvita.”

Myös omaisten ja läheisten tuki ja läsnäolo koettiin tärkeäksi, monet vastaajat eivät kokeneet tarvitsevansa muuta tukea.

”Läheiset osaavat tässä auttaa parhaiten.”

”[...] Tukea hakisin lähinnä perhepiiristä ja ystäviltä.”

”Henkinen tuki perheen ja läheisten puolelta olisi riittävää.”

”Toivoisin läheisiä ihmisiä ympärilläni, kuten sisaruksiani ja vanhempiani. [...]”

Vastaajat nostivat esiin myös koulutetut kriisityöntekijät ja ei-uskonnolliset vapaaehtoistyöntekijät hyvinä henkisen tuen lähteinä. Moni mainitsi myös, että sinällään tukea antavan henkilön koulutuksella tai toimenkuvalla ei ole niin merkitystä, kunhan annetun tuen sisältö olisi vakaumuksetonta ja voimaannuttavaa. Myös vertaistuki koettiin myönteisenä.

”Ihan inhimillistä empaattista tukea ilman satuolentoja.”

”Mahdollista vertaistukea tai terapiaa.”

”Psykologi, tai uskonnoton vapaaehtoistyöntekijä. Sairaalapastoria en halua.”

”Ystävällisiä sanoja, ymmärrystä ja joku jolle jutella.”

”Tukea ja kuuntelua. Luultavasti siinä tilanteessa olisi aivan sama, keneltä tuki tulee, kunhan tukea saa.”

”[...] Papin sijaan ottaisin mielelläni astronomin, joka osaa laittaa kaiken perspektiiviin [...] Taitava filosofi osaisi varmasti myös saman.”

”Ihmisen jolla on tieteellinen maailmankuva.”

”Koulutetulta ammattilaiselta, joka ei työssään edusta mitään uskontokuntaa.”

Lähes puolet vastaajista painotti, ettei haluaisi sairaalapastoria luokseen kysymyksessä kuvattunlaisessa skenaariossa. Sairaalasielunhoidon tarjoaminen koettiin ahdistavana, tökerönä ja tarpeettomana.

”[...] Missään nimessä en haluaisi keskustelukumppanikseni esimerkiksi pappia tms. hengellistä tahoa. On aivan älytöntä, että sairaalapappi on ensisijainen vaihtoehto monessa paikassa keskusteluavun antajaksi, vaikka tutkimustulosten valossa vain noin neljännes suomalaisista edes uskoo kristinuskon jumalaan. Taivaspaikan lupaaminen ei auta uskonnotonta kuolevaa ihmistä.”

”Psykologin tukea, ei missään nimessä pastorin.”

”[...] Kunhan kukaan papiksi itseään kutsuva ei tule puhumaan.”

”[...] En missään nimessä haluaisi mitään ”tunnustuksellista” tukea ja sen antaminen kysymättä herättäisi minussa epäluottamusta.”

”[...] Uskonnollisen tuen tarjoamisen koen tuollaisessa tilanteessa ahdistavana.”

”[...] Sairaalapastorin puolueettomuuteen en luottaisi tällaisessa tilanteessa, vaan haluaisin selkeästi katsomusneutraalia tukea tilanteeseen.”

”[...] Koen, että hengellisen avun tarjoaminen olisi tökeröä, vaan sellaista kaipaava osaa sitä itse pyytää.”

6.5 Vastaajien kokemia vakaumusristiriitatilanteita

Neljästäkymmenestäkahdeksasta vastaajasta yhdeksän kertoi olleensa tilanteessa, jossa heidän uskonottomuutensa asetti heidät asemaan, jossa hoidon yhdenvertainen saatavuus vaa-

rantui. Tilanteet ovat olleet varsin erilaisia. Kolmelle vastaajalle oli tarjottu vain uskonnollisen toimijan antamaa tai muuten uskonnollissävyytteistä kriisiapua tai terapiaa. Kaksi vastaajaa kertoo joutuneensa selkeän uskonnollisen ajattelutavan tuputtamisen kohteeksi hoitotilanteessa. Kaksi vastaajaa on kohdannut hankaluuksia ehkäisyyn liittyvissä hoitotilanteissa ja arvelee hoitohenkilökunnan uskonnollisen näkökulman olleen pääsyy hoitotyöntekijän nihkeyteen, joskin toinen vastaaja toteaa, että ei voi olla varma oliko taustalla niinkään uskonnollinen näkökulma. Yhdelle vastaajalle on haluttu uskonnollisin perustein vaihtaa lääkitys ja yksi vastaaja katsoo, että perinteinen kahden sukupuolen ajattelumalli vaikeutti palvelun saamista.

”Minulle tarjottiin ainoastaan papin tarjoamaa kriisiapua.”

”Vaikeaan masennukseen tarjottiin kriisiapua evlut. seurakunnan edustajalta, mutta sain lopulta myöhemmän ajan tunnustamattomalle hoitajalle.”

”Terapeuttini halusi terapiatilanteessa rukoilla ääneen puolestani. Minusta tämä ei kuulu normaalisti terapiaan. Ei ollut seurakunnan järjestämä terapia vaan kaupungin.”

”Poikani, joka kuoli pitkälliseen sairauteen vammaisuutensa johdosta on kuulemma saanut syntinsä anteeksi ja päässyt parempaan paikkaan; tosin hän ei eläissään ollut hetkeäkään siinä kunnossa että olisi kyennyt edes ajattelemaan syntiä.”

”Olen törmännyt ihmisiin, joiden mielestä sukupuolia on vain kaksi, ja tästä syystä esim. ehkäisyasioista keskustelu on ollut erittäin hankalaa.”

”Hain vuonna 2010 vasektomialähetettä [paikkakunnan nimi] Terveyskeskuksesta. Lääkäri, jolle olin ajanvarauksella saanut ajan kieltäytyi kirjoittamasta lähetettä vasektomiaan omaan uskonnolliseen vakaumuksensa perustuen. [...]”

”En tiedä oliko lääkärin taustalla hänen uskonnollinen vakaumuksensa, mutta eräs naispuolinen gynekologi ei meinannut haluta uusia minun ehkäisytabletteja, koska olin kuulemma parhaassa lisääntymisiässä. [...]”

”Sairastan verenvuototautia [sairauden nimi]. 1970 luvulla eräs hoitaja ehdotti pääasiallisen profylaksian (luovutusverestä valmistettu hyytymistekijätiiviste)

sijaan pääasialliseksi profylaksiaksi muuta valmistetta (Cyklokapron, transek-saamihappo). Syynä oli hänen epäluulonsa verivalmisteen käyttöä kohtaan us-konnollisista syistä.”

7 Pohdinta

Aineistosta nousi hyvin vastauksia opinnäytetyön kysymyksiin. Näiden vastausten perusteella muodostuu mielekkäitä tulkintoja vastaajien käsityksistä julkisen terveydenhuollon katsomus-neutraaliudesta.

7.1 Tulosten tarkastelua

Vastaajien määrän voidaan katsoa olevan vähintäänkin tyydyttävä, sillä etukäteen oli pelko, että kyselylomake jätettäisiin huomioimatta internetin gallup-, testi- ja hupikyselytulvassa. Neljäkymmentäkahdeksan vastaajaa antaa jo varsin hyvän kuvan uskonnotton väemmistön kokemuksista, ajatuksista ja toiveista, etenkin kun sukupuolijakauma on niin tasainen ja ikä-hajonta laaja. Huomattavaa on, että koulutustason mukaan tarkasteltuna peruskoulun suorit-taneet ovat vastaajissa voimakkaasti aliedustettuja suhteessa väestöön yleensä (Suomen viral-linen tilasto 2014). Vastaajat jakautuivat maantieteellisesti koko maan alueelle, lukuun otta-matta Pohjois-Suomea ja Ahvenanmaata, joista ei tullut yhtäkään vastausta. Pohjoisin vas-taaja ilmoitti asuinpaikkakunnakseen Oulun. Selvästi eniten vastauksia (n. 50 % kaikista) tuli pääkaupunkiseudun alueelta, Tampereelta, Turusta ja Jyväskylästä.

Vastaajista kolme neljäsosaa katsoi Suomen julkisen terveydenhuollon olevan melko tai täysin katsomusneutraalin, mitä voidaan pitää varsin vahvana näyttönä siitä, että uskonnottomiksi itsensä identifioivien yksilöllinen, integriteettiä kunnioittava ja eettisesti korkeatasoinen koh-telu julkisen terveydenhuollon toiminnassa toteutuu pääosin hyvin.

Vastausaineisto kuitenkin osoittaa, että on olemassa tilanteita, joissa uskonnottomien yhden-vertainen ja yksilöllinen huomioonottaminen hoitotyössä voi vaarantua, ja että uskonnotto-mat itse ovat näistä tilanteista tietoisia. Odotetusti puheeksi nousivat raskaudenkeskeytys (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 76) ja siihen osittain liittyen ehkäisyasiat sekä perinteisen kah-den sukupuolen mallin ulkopuolelle sijoittuvien henkilöiden tasavertainen kohtelu. Myös saat-tohoito, akuutisti henkeä uhkaava sairaus tai vamma sekä erilaiset kriisitilanteet, joissa hen-gellisyttä saatettaisiin sisällyttää hoitotyöhön koettiin vastaajien taholta mahdollisina ongel-matilanteina.

Mielenkiintoista oli useamman vastaajan esille tuoma vanhuuden ajan laitoksissa tapahtuvien hoito-, kuntoutus- tai asumisjaksojen viriketoiminnan katsomusneutraaliuden kyseenalaistaminen ja niiden nykyisen sisällön kokeminen jollakin tapaa perinteisenä ja tylsänä. Vastaajien toivomukset katsomusneutraaleista viriketoiminnoista, jotka olisivat jotain muuta kuin laulu-tuokioita ja muistelua asettavat tulevaisuuden vanhustenhuollossa työskenteleville huomi-oonotettavia haasteita monipuolisen, tasapuolisesti osallistavan ja innovatiivisen viriketoiminnan toteuttamiseksi.

Terapia- ja kriisityötoiminnan katsomusneutraalius koettiin vastaajien keskuudessa erittäin tärkeäksi ja sitä kommentoitiin myös runsaasti nimenomaan siltä kantilta, että nyt tarjonnan pelätään toteutuvan hengellissävytteisenä - mistä joillakin vastaajilla oli myös suoria kokemuksia. Terveystenhuollon toimijoiden ja organisaatioiden tulisikin huomioida, ja myös varmistaa, että tarjolla on katsomusneutraaleja toimijoita yhdenvertaisen ja yksilöllisen terapia- ja kriisityötoiminnan toteuttajiksi.

Moni vastaaja ilmaisi selkeäsanaisesti, ettei haluaisi olla missään tekemisissä hengellisyyden kanssa terveydenhuollon yhteydessä. Huomioitavaa kuitenkin on, että lait ja asetukset (Perustuslaki 731/1999. Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) takaavat samat oikeudet myös uskontokuntiin kuuluvalla enemmistölle. Näin ollen esim. sairaalasielunhoidolla on oikeutettu paikkansa terveydenhuollon piirissä ja sitä tulee saada mainostaa julkisissa tiloissa. Yhdenvertaisuuden vaatimukset kuitenkin tulisi täyttää siten, että tarjolla olisi selkeästi myös katsomusneutraali vaihtoehto ja siitä tiedotettaisiin mielellään samassa paikassa kuin vakaumuksellisestakin toiminnasta.

Valtaosa vastaajista oli sitä mieltä, että vastaan voi tulla tilanne, jossa he tarvitsevat henkistä tukea, myös kriisiavun tai terapian muodossa. Tätä henkistä tukea toivottiin ennen kaikkea koulutetuilta ammattihenkilöiltä, joista useimmin mainitut ammattiryhmät olivat psykologit, psykiatrit, terapeutit, psykiatriset sairaanhoitajat ja koulutetut vapaaehtoistyöntekijät sekä lääkärit. Samoin vastaajat kokivat tärkeänä henkilökunnan jatkuvan läsnäolon ja sen, että henkilökunnalla olisi aikaa kuunnella (Voutilainen & Laaksonen 1994, 35-36). Empaattisuus, aitous ja kokemus siitä, että hoitohenkilökunta suhtautuu potilaaseen arvokkaana yksilönä (Voutilainen & Laaksonen 1994 sit. Turunen 1992, 35) mainittiin useasti. Omaisten ja läheisten läsnäolo ja tuki koettiin myös merkityksellisenä, osalla vastaajista jopa niin suurena että he katsoivat ettei muulle tukitoiminnalle olisi tarvetta.

Suomen evankelis-luterilaisen kirkon tarjoaman sairaalasielunhoidon periaatteisiin kuuluu kunnioitus elämänkatsomuksesta riippumatta (Suomen evankelis-luterilainen kirkko 2011, 2). Tämän opinnäytetyön aineiston perusteella uskonnottomiksi itsensä identifioivat eivät kuiten-

kaan luota sairaalasielunhoidon katsomusneutraaliuteen vaan ilmaisivat selkeäsanaisesti, etteivät halua kirkon piirissä toimijoita itseään koskevaan henkisen tuen toimintaan mukaan. Tämän takia olisi tärkeää, ennen kaikkea potilaslähtöisen hoitotyön periaatteisiin (Voutilainen & Laaksonen 1994, 20) nojaten, että terveydenhuollon organisaatiot ja toimijat varmistaisivat katsomusneutraalien palveluiden saatavuuden.

Luvussa 6.5 on tarkemmin käsitelty vastaajien kokemia hoitotyön tilanteita, joissa potilaan uskonnottomuuden on koettu johtaneen suoraan katsomusperusteiseen ristiriitatilanteeseen, jossa yhdenvertaisen hoidon saatavuuden ja laadun voidaan katsoa kärsineen tai vaarantuneen. Kuten osa vastaajista mainitsikin, tilanteille ja hoitotyöntekijän toimintaan vaikuttaneille tekijöille on toki voinut olla muukin syy, mutta tämän opinnäytetyön kannalta olennaista on, että vastaajat ovat kokeneet tai tulkinneet tilanteen johtuvan nimenomaan vakaumusristiriidasta. Potilaiden yhdenvertainen asema hoitotilanteissa on siis ollut uhattuna konkreettisesti.

Siinä missä lait ja asetukset (mm. Perustuslaki 731/1999. Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) turvaavat uskonnottomien aseman ja kohtelun terveydenhuollossa, turvaavat ne myös hoitohenkilökunnan uskonnonvapauden ja integriteetin. Hoitohenkilökunnalla on oikeus vakaumukseensa, sen ilmaisemiseen ja sen mukaan elämiseen. Hoitotyön peruslähtökohtana on kuitenkin eettisessä mielessä hyvinvoinnin lisääminen ja kurjuuden ja kärsimyksen vähentäminen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2003, 122) ja se on sitä kautta altruistista, pyyteetöntä toisen hyväksi tapahtuvaa toimintaa (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2003, 122). Siinä hoitotyöntekijä asettaa päämääräkseen potilaan parhaan (Voutilainen & Laaksonen 1994, 25-26), jonka määrittelee ensisijaisesti potilas itse, ja johon pyritään yhteistyössä (Voutilainen & Laaksonen 1994 sit. Bandman & Bandman 1985, 26). Hoitotyöntekijä, joka ei kykene hyväksymään, että potilaan arvot ja päämäärät voivat olla erilaiset ja eri tavalla perustellut kuin hoitotyöntekijän, sortuu helposti paternalistiseen hoitotyön malliin (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 96-97) ja eettisesti kyseenlaiseen yksipuoliseen vallankäyttöön, jonka asema terveydenhuollon ammattilaisena organisaatiossa mahdollistaa. Tällainen lähestymistapa vaikeuttaa potilaan aktiivista osallistumista omaan hoitoprosessiinsa, toimii voimaantumista häiritsevänä tekijänä ja loukkaa potilaan integriteettiä. Ihminen ei kuitenkaan voi täysin luopua persoonallisuudestaan, arvoistaan, totutuista toimintatavoistaan ja koulutuksensa mukanaan tuomista ratkaisumalleista (Voutilainen & Laaksonen 1994, 25), joiden perusteella loppukädessä määräytyy miten paljon erilaisuutta potilaalle sallitaan hoitotilanteen päätöksissä.

Sairaanhoitajien (jaa muunkin hoitohenkilökunnan) eettisen osaamisen, eräänlaisen eettisen tietoisuuden ja tunneälykkyyden lisääminen, olisi monikulttuuristuvassa ja sekularisoituvassa

Suomessa suotavaa. Uskonto ja tunteet liittyvät vahvasti toisiinsa (Seppänen 2015), minkä takia olisi tärkeää, että sairaanhoitajat osaisivat tunnistaa ja analysoida vakaumusristiriitatilanteissa omia reaktioitaan kriittisesti. Kuten K. Mäkinen huomauttaa (2011), itselle vieras koetaan helposti vääränä, uhkaavana ja pelottavana - kaikki tunnetiloja, jotka voivat tiedostamatta värittää ratkaisuja ja toimintamalleja, käytöksestä puhumattakaan. Sairaanhoitajien oletetaan kykenevän kylmähermoiseen toimintaan mm. akuuteissa ensihoitotilanteissa, äkillisissä potilaan tilan romahtamisissa, leikkaussaleissa, suljetuilla osastoilla jne. Voidaan siis kohtuudella vaatia, että sairaanhoitaja tunnistaa vastenmielisyyden tai vihamielisyyden tunteet itsessään ja pysähtyy analysoimaan mistä ne syntyvät.

Sinälläänhän uskonnottomat potilaat eivät vaadi ihmeempiä. He toivovat niitä samoja, hyvän hoitokäytännön mukaisia asioita: laadukkuutta hoidon ja toimenpiteiden toteuttamisessa, heidän tarpeidensa huomioonottamista ja ystävällistä, empaattista kohtaamista arvokkaana ihmisyyksilönä. Heidän toivomuksensa on, että hoito toteutuisi ilman hengellistä sisältöä. On vaikeaa kuvitella, että tämän toiveen toteuttaminen aiheuttaisi kohtuuttomia resurssikuluja tai teknisiä vaikeuksia hoitohenkilökunnalle.

Avainasemassa on kuitenkin se, tunnistetaanko uskonnottomat vähemmistönä hoitotyön arjessa. Uskonnottomista Suomessa ei ole kovinkaan paljoa tieteellistä tutkimusta eivätkä tilastot kerro uskonnottomista ihmisinä juuri mitään. Vielä vähemmän tietoa on suomalaisten mielikuvista uskonnottomista (tai ateisteista), sillä Gervaisin, Norenzayanin & Shariffin (2011) kaltaista julkisen imagon ulottuvuuksia käsittelevää tutkimusta ei yksinkertaisesti ole. Herääkin siis kysymys, miten paljon hoitohenkilökunta, ja etenkin sairaanhoitajat, todella tietävät uskonnottomuudesta, niin ilmiönä kuin lihaa ja verta olevina ihmisinä? Jos käytettävissä olisi kotimaista, kvalitatiivista, tieteellistä tutkimusta uskonnottomuudesta Suomessa, olisi hoitohenkilökunnankin helpompaa mieltää heidät selkeästi määriteltäväksi vähemmistöksi ja huomioida heidät niillä hoitotyön osa-alueilla, joilla eettisiä katsomusristiriitilanteita voi syntyä. Yksinkertainen ja helpohkosti toteutettavissa oleva tapa tunnistaa uskonnoton potilas olisi esimerkiksi alku- tai tulohaastattelun yhteydessä esitetty neutraalisti muotoiltu kysymys missä muodossa potilas mahdollisesti toivoisi saavansa henkistä tukea.

7.2 Tutkimusetiikka, tulosten luotettavuus ja yleistettävyys

Tutkimuksen tekemisessä etiikalla on suuri merkitys. Hyvää tutkimusetiikkaa ja tunnustettuja tieteellisiä toimintatapoja ei voi unohtaa missään tutkimusprosessin vaiheessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 23 - 24). Jo ennen varsinaista tutkimustyön alkua, valittaessa tutkimuksen aihetta, on hyvä selkiyttää aihevalintaan vaikuttaneet tekijät ja punnita ratkaisun eettistä oikeellisuutta ((Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 24 - 25). Tämän opinnäytetyön tekijän tapauksessa taustalla ovat vaikuttaneet palava into kehittää erilaisten vähemmistöjen

asemaa ja kohtelua kaikkialla tasavertaiseksi enemmistön oikeuksien kanssa sekä uteliaisuus selvittää millainen asema uskonnotomilla on julkisen terveydenhuollon asiakkaina sekulaarissa Suomessa. Yksittäiset havainnot katsomusneutraaliuden vaarantavista, sinällään harmitonta epäkohdista niin koulutuksessa kuin kentälläkin vaikuttivat aiheen valintaan myös paljon. Mikäli yksi ainoa opiskelija kolmen vuoden aikana huomaa tusinan verran epäkohtia, kuinka paljon niitä on kaiken kaikkiaan? Vai onko allekirjoittanut erehtynyt ja ylitulkinut tilanteita?

Tämän opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt vilpittömästi noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, jota ovat käsitelleet ytimekkäästi mm. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2011, 21 - 27). Asianmukaista tarkkuutta on kiinnitetty lähteiden käyttöön ja merkitsemiseen, tulosten raportointiin ja yleistettävyyteen. Myös vastaajien anonymiteettiä on suojattu, mm. poistamalla yksittäisistä lainatuista kommentista paljastavia paikannimiä tai muita henkilökohtaisia tietoja. Vastausdata on hävitetty opinnäytetyöprosessin loputtua niin hyvin kuin mahdollista niin tietokoneelta kuin verkostakin.

Saatujen vastausten määrä on erinomainen opinnäytetyön tasoiselle tutkielmalle ja tällä otoksella voidaan melko luotettavasti vetää varovaisia johtopäätöksiä uskonnotomiksi itsensä identifioivien mielipiteistä opinnäytetyön kysymyksissä. Kuitenkin suhteutettuna uskonnotomien määrään Suomessa - mistä ei ole täsmällistä tietoa, ainoastaan viitteitä uskontokuntiin kuulumattomien määrän kautta - otos on häviävän pieni. Yleistettävyyteen vaikuttavat myös vastaajien maantieteellinen hajonta: lähes puolen Suomen alueelta (Ahvenanmaa, Pohjois-Suomi ja Kainuu) ei tullut ollenkaan vastauksia ja saaduista vastauksista kolme neljäsosaa oli suuremmista kaupungeista ja paikkakunnilta.

7.3 Jatkotutkimuskysymyksiä

Aineistoa analysoitaessa ja tulkintaa muodostettaessa nousi esille useita jatkotutkimuskysymyksiä. Tärkeimpänä allekirjoittanut pitää selvitystä siitä, millaisia käsityksiä sairaanhoitajilla on uskonnotomista (potilaista) ja millaisiksi he kokevat mahdolliset käytännön haasteet, jotka syntyvät uskonnotomuuden huomioonottamisesta hoitotyössä. Samassa yhteydessä tai erillisenä tutkimuksena olisi mahdollista selvittää, tarvitsevatko esim. valmistuvat sairaanhoitajat lisää monikulttuurisuuskoulutusta nimenomaan katsomusneutraaliuden näkökulmasta ja kykenevätkö he tunnistamaan eriarvoistavia käytäntöjä ja ajattelumalleja hoitotyössä ja omissa arvoissaan ja toiminnassaan.

Toivottavaa olisi myös tutkia lisää ja tarkemmin uskonnotomiksi itsensä kokevien potilaslähtöisiä erityistarpeita tiettyjen eettisesti ongelmallisten hoitotyön osa-alueiden sisällä. Näitä

osa-alueita ovat mm. saattohoito, seksuaaliterveys (etenkin ehkäisy ja raskaudenkeskeytykset) ja terapiatoiminta.

Tärkeänä jatkotutkimusalueena allekirjoittanut näkee myös vanhustyön tulevaisuuden. Kuten tämän opinnäytetyön aineistosta kävi ilmi, uskonnottomat itse kokevat huolta yksilöllisyyden toteutumisesta vanhuuden ajan laitosasumisen, viriketoiminnan ja kuntouksen katsomusneutraaliuden suhteen.

Lähteet

Painetut lähteet:

Heino, H. Lahti, P. Salonen, K. 1995. Uskonnon kahdet kasvot. Mielenterveyden tuki vai taakka. Helsinki: Grafager 1995.

Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Tallinna Raamatutrukikoja 2011.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy 2008.

Leino-Kilpi, H. Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookwell Oy 2003.

Nurmi, S. 1994. Katsomukset kohtaavat. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 1994.

Sarvimäki, A. Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima 2009.

Sihvola, J. 2011. Maailmankansalaisen uskonto. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy 2011.

Surakka, T. Mattila, K-P. Åstedt-Kurki, P. Kylmä, J. Kaunonen, M. 2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen perheensä. Keuruu: Otavan kirjapaino 2015.

Voutilainen, P. Laaksonen, K. toim. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö. Askel eteenpäin. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy 1994.

Sähköiset lähteet:

Eduskunta.fi. 2015. Sosiaali- ja terveysvaliokunta. Valiokunnan mietintö StVM 9/2015 vp - KAA 2/2015 vp. Terveystuella henkilökunnalle lakisääteinen oikeus kieltäytyä elämän lopettamisesta vakaumuksellisista syistä. Viitattu 7.2.2016. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/mietinto/Sivut/StVM_9+2015.aspx

Etene.fi. 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Etene-julkaisuja I I. Helsinki: Yliopistopaino 2005. Viitattu 30.1.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559086/ETENE-julkaisuja+11+Monikulttuurisuus+Suomen+terveydenhuollossa.pdf/24ffa4b2-1ac7-4926-984e-e99555630342>

Finlex.fi 1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785. Viitattu 7.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Finlex.fi. 1999. Perustuslaki 731. Viitattu 30.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P11>

Finlex.fi. 2010. Terveystuella laki 1326. Viitattu 30.1.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Finlex.fi. 2014. Yhdenvertaisuuslaki 1325. Viitattu 7.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325#Pidp437584>

Forsius, A. 1999. Sairaiden hoidon historiaa ennen Florence Nightingalea. Viitattu 30.1.2016. <http://www.saunalahti.fi/arnoldus/sairhoit.html>

Gervais, W. Norenzayan, A. Shariff, A. F. 2011. Do You Believe in Atheists? Distrust Is Central to Anti-Atheist Prejudice. Journal of Personality and Social Psychology 2011, Vol. 101, No. 6,

1189-1206. Viitattu 6.2.2016. <http://static1.squarespace.com/static/51e3f76ee4b07f69602a6fcc/t/51f96143e4b0cc5aa44afc5e/1375297859038/do-you-believe-in-atheists.pdf>

Hokkila, E. 2014. Oikeus ja vakaumus. Nuori lääkäri 5/2014. Viitattu 7.2.2016. <http://www.nly.fi/artikkeli/oikeus-ja-vakaumus>

ISSP 2008: uskonto III: Suomen aineisto [koodikirja]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [tuottaja ja jakaja], 2015. Viitattu 14.2.2016. <http://www.fsd.uta.fi/fi/aineistot/luettelo/FSD2410/cbF2410.pdf>

Kataja, M. P. 2015. Potilaiden erilaiset maailmankuvat hoitotyössä. Viitattu 14.2.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/potilaiden-erilaiset-maailmankuvat-hoitotyossa/>

Kotimaisten kielten keskus. 2016. Kielitoimiston sanakirja. Viitattu 6.2.2016. <http://www.kielitoimistonsanakirja.fi/netmot.exe?motportal=80>

Mulder, R. 2013. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Viitattu 18.2.2016. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84885/gradu06955.pdf?sequence=1>

Mäkinen, K. 2011. Monikulttuurisuuden, viholliskuvien ja epävarmuuden maailma. Viitattu 7.2.2016. [http://evl.fi/EVLUutiset.nsf/Documents/950201EFECD78FC2C225792700292034/\\$file/Arkkiipiispa%20Kari%20M%C3%A4kisen%20puhe%20Abrahamin%20lapset%20seminaarissa%2012.10.2011.pdf](http://evl.fi/EVLUutiset.nsf/Documents/950201EFECD78FC2C225792700292034/$file/Arkkiipiispa%20Kari%20M%C3%A4kisen%20puhe%20Abrahamin%20lapset%20seminaarissa%2012.10.2011.pdf)

Pakanaverkko.fi. 2016. Terminologiaa. Viitattu 6.2.2016. <http://www.pakanaverkko.fi/uskontoista/pakanuudesta/terminologiaa>

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle. Työkirja. Viitattu 19.2.2016. https://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkaranta.pdf

Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet: II Sairaanhoitaja ja potilas. Viitattu 30.1.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

SDP.fi. 2016. Forssan ohjelma. Viitattu 6.2.2016. <http://www.sdp.fi/fi/component/content/article/30-sdp/tutustu/taustat/4172-forssan-ohjelma>

Seppänen, J. 2015. Uskonnolliset kokemukset ja tunteet. Viitattu 1.3.2016. http://opinot.internetix.fi/fi/muikku2materiaalit/lukio/ue/ue1/5_uskonto_yksilon_ja_yhteison_elamassa/05_usk_kokemukset?C:D=hNvu.g4WN&m:selres=hNvu.g4WN

Sillfors, M. 2013. Ateismi on vanhaa ja monimuotoista. Teologia.fi. Viitattu 6.2.2016. <http://www.teologia.fi/artikkelit/uskonto-ilmiona/950-ateismi-on-vanhaa-ja-monimuotoista>

Sillfors, M. 2014. Ateismin lähteillä. Jumalattomuuden alkuperän ja yleistymisen tarkastelua. Uskonnontutkija 1/2014. Viitattu 6.2.2016. <http://uskonnontutkija.fi/2014/06/06/ateismin-lahteilla-jumalattomuuden-alkuperan-ja-yleistymisen-tarkastelua/>

Silveri, P. 2014. Uskonnottomien monet kasvot. Tampereen hiippakunta, hiippakuntalehti Kumppani 26.4.2014. Viitattu 6.2.2016. <http://tampereenhiippakunta.fi/uskonnottomien-monet-kasvot/>

Sironen, M. 2008. Ammatillinen vuorovaikutus. VirtuaaliAMK. Viitattu 7.2.2016. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojak-sot/0407012/1092981175338/1092984979809/1107943286020/1107943363905.html>

Suomen evankelis-luterilainen kirkko. Kirkkohallitus. 2011. Sairaalasielunhoidon periaatteet 2011. Viitattu 6.2.2016. [http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/605D62C01DFE05DC225792500387F4B/\\$FILE/Periaatteet%20sivuttain.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/605D62C01DFE05DC225792500387F4B/$FILE/Periaatteet%20sivuttain.pdf)

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön koulutusrakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1799-4586. 2014, Liitetaulukko 1. Perusasteen jälkeisiä tutkintoja suorittanut väestö koulutusalan, koulutusasteen ja sukupuolen mukaan 2014. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 1.3.2016].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vkour/2014/vkour_2014_2015-11-05_tau_001.fi.html

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1797-5379. 2013, Liitetaulukko 2. Väestö uskontokunnan mukaan ja osuus väestöstä 1950-2013 . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 30.1.2016].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vaerak/2013/vaerak_2013_2014-03-21_tau_002.fi.html

Uskonnonvapaus.fi. 2014. Suomen uskonnonvapauden historiaa. Viitattu 6.2.2016. <http://uskonnonvapaus.fi/artikkelit/historia-suomi.html>

Vainio, O-P. Visala, A. 2013. Mitä ateismi on? Katsaus ateismin ilmenemismuotoihin. Teologia.fi. Viitattu 6.2.2016. <http://www.teologia.fi/artikkelit/uskonto-ilmiona/945-mitae-ateismi-on-katsaus-ateismin-ilmenemismuotoihin>

Zuckerman, P. 2007. Atheism: Contemporary Rates and Patterns. Viitattu 31.1.2016. <http://pitweb.pitzer.edu/academics/wp-content/uploads/sites/38/2014/12/FAC-Zuckerman-Cambridge-Companion.pdf>

Kirjallisuutta:

Aaltonen, L-M. Rosenberg, P. 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Tampere: Tammerprint Oy 2013.

Ferngren, G.B.2014. Medicine & Religion. A Historical Introduction. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press 2014.

Nygård, T. 1998. Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy 1998.

Ruusuvuori, J. Nikander, P. Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tallinna: Tallinna Raamatu- ja kirjanduskeskus 2010.

Vuori-Kemilä, A. Lindroos, S. Nevala, S. Virtanen, J.A. 2005. Ihmisen hyvä. Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö 2005.

Kuviot

Kuvio 1: Vastaajien sukupuolijakauma	23
Kuvio 2: Vastaajien ikäjakauma	23
Kuvio 3: Vastaajien koulutustaso.....	24
Kuvio 4: Vastaajien koulutustaso sukupuolittain	24
Kuvio 5: Vastaajien koulutustaso ikäryhmittäin	25
Kuvio 6: Kuinka katsomusneutraaliksi koet Suomen julkisen terveydenhuollon?	26
Kuvio 7: Vastaajien käsitys julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta sukupuolittain	27
Kuvio 8: Vastaajien käsitys julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta ikäryhmittäin	28
Kuvio 9: Vastaajien käsitys julkisen terveydenhuollon katsomusneutraaliudesta koulutustason mukaan	29

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake	47
Liite 2: Saatekirje.....	48

Liite 1: Kyselylomake

Uskonnoton potilas julkisen terveydenhuollon asiakkaana - kyselylomake

* 1. Vastaajan taustatiedot

Sukupuoli

Ikä

Asuinpaikka (kaupunki, kunta tai maakunta)

* 2. Vastaajan koulutustaso

Peruskoulu

Lukio, ammattikoulu, muu ammattikoulutus

Yliopisto tai ammattikorkeakoulu

* 3. Määrittele lyhyesti elämäkatsomuksesi omin sanoin.

* 4. Miten katsomusneutraaliksi koet Suomen julkisen terveydenhuollon?

Täysin neutraaliksi.

Melko neutraaliksi.

En osaa sanoa.

Melko katsomusvärittyneeksi.

Hyvin katsomusvärittyneeksi.

* 5. Millaisessa tilanteessa sinun mielestäsi uskonottomuutesi nousisi huomioonotettavaksi seikaksi asioidessasi julkisessa terveydenhuollossa?

6. Kuvitellaan, että sinä tai läheisesi joudutte potilaaksi julkisen terveydenhuollon piiriin ja tilanne on akuutti ja henkeä uhkaava. Minkälaista henkistä tukea toivoisit kuvatuunlaisessa tilanteessa ja kenen toimesta toivoisit sitä annettavan?

7. Oletko sinä tai läheisesi olleet julkisen terveydenhuollon piirissä hoitotilanteessa, jossa on noussut esiin hoitohenkilökunnan vakaumuksesta johtuva ristiriita hoidon toteutuksen suhteen? Kerro lyhyesti.

Liite 2: Saatekirje

Hei!

Olen Laurea AMK:n 3. vuoden sairaanhoitajaopiskelija ja teen opinnäytetyötäni aiheesta ”Uskonnoton potilas julkisen terveydenhuollon asiakkaana”. Etsin haastateltavaksi itsensä uskonottomiksi identifioivia henkilöitä, jotka käyttävät ainakin ajoittain julkisen terveydenhuollon palveluita Suomessa. Opinnäytetyön tarkoituksena on saada käsitys toteutuuko potilaiden/asiakkaiden näkökulmasta tasapuolinen, vakaumusneutraali ja yksilöllinen hoitotyön ote julkisen terveydenhuollon piirissä ja millaisia toiveita uskonottomilla itsellään on vakaumusneutraalin palvelun suhteen. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää sairaanhoitajien monikulttuurisen hoitotyön ja eettisen osaamisen koulutuksen kehittämiseen sekä haastatteluissa mahdollisesti esiin nousevien selkeiden tasapuolisuusongelmien tunnistamiseen ja korjaamiseen terveydenhuollon organisaatioissa.

Haastattelu toteutetaan lomakehaastatteluna, jonka täyttäminen vie arviolta 10-15 min. Vastaajien tietoja käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Koska haastattelun kohderyhmä on vähemmistö (joskin tasaisesti kasvava), kaikki vastaukset ovat tarpeellisia ja merkityksellisiä. Kiitän jo etukäteen kaikkia, jotka voisivat antaa aikaansa ja panoksensa osallistumalla haastatteluun. On tärkeää, että myös uskonottomien toiveet ja oikeudet otetaan hoitotyössä huomioon monikulttuuristuvassa Suomessa. Lomake on täytettävissä alla olevan linkin kautta 25.2.2016 asti.

<https://fi.surveymonkey.com/r/WHRRVFT>

Ystävällisin terveisin ja vastauksista kiittäen,

Victoria Martelin, Laurea AMK
victoria.martelin@student.laurea.fi